

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

301

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 10 juillet 1901, à 1 heure

Par

MARCEL ROLLET

Né à Loches (Indre-et-Loire) le 9 avril 1876.

DE

L'EXTRACTION DE LA CATARACTE

PAR LE PROCÉDÉ

A PONT KÉRATO-CONJONCTIVAL

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : } MM. BRÔCA (Aug.), professeur.
RECLUS et MAUCLAIRE, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical*

PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine 15

1901

501

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Boyen.		M. BROUARDEL
Professeurs		MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		ROUCHARD.
Pathologie médicale	}	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale		BRISSAUD.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE
Histologie		CORNIL.
Opérations et appareils		MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie		BERGER.
Thérapeutique		POUCHET.
Hygiène		LANDOUZY
Médecine légale		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée		N.....
Clinique médicale	}	CHANTEMESSE
m		JACCOUD.
Maladies des enfants		HAYEM.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		DIEULAFOY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		DEBOVE.
Clinique des maladies du système nerveux		GRANCHER.
Clinique chirurgicale	}	JOFFROY.
		FOURNIER.
Clinique ophthalmologique		RAYMOND.
Clinique des maladies des voies urinaires		TERRIER.
Clinique d'accouchements	}	DUPLAY.
Clinique gynécologique		LE DENTU.
Clinique chirurgicale infantile		TILLAUD.
		PANAS.
		GUYON.
		BUDIN.
		PINARD.
		POZZI.
		KIRMISSON.
Agrégés en exercice.		
MM.	DESGREZ	LEGUEU
ACHARD	DUPRÉ	LEJARS
ALBARRAN	FAURE	LEPAGE
ANDRÉ	GAUCHER	MARFAN
BONNAIRE	GILLES DE LA	MAUCLAIRE
BROCA (Aug.)	TOURETTE	MENSTRIER
BROCA (André)	HARTMANN	MERY
CHARRIN	HEIM	REMY
CHASSEVANT	LANGLOIS	ROGER
DELBET	LAUNOIS	SEBILEAU
		TEISSIER
		THIERY
		THIROLOIX
		THOINOT
		VAQUEZ
		VARNIER
		WALLICH
		WALTHER
		WIDAL
		WURTZ

Chef des Travaux anatomiques: M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FIANCÉE

A MES PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

LE DOCTEUR GUSTAVE GALLICHET

DE

L'EXTRACTION DE LA CATARACTE

PAR LE PROCÉDÉ

A PONT KÉRATO-CONJONCTIVAL

INTRODUCTION

Dans cette étude, je me propose de montrer les avantages de l'extraction du cristallin cataracté par le *procédé à pont kérato-conjonctival*, imaginé par Desmarres père qui cependant ne l'exécuta que six fois. Ce procédé presque entièrement tombé dans l'oubli jusqu'à ces dernières années, où il a été remis en honneur par Pansier (d'Avignon) et Vacher (d'Orléans), mérite par ses nombreux avantages, comme j'espère le prouver, de prendre une place d'honneur, sinon la première place, parmi les procédés employés aujourd'hui pour l'extraction de la cataracte.

Depuis Daviel, qui de 1745 à 1748 exécuta les pre-

mières extractions de cristallins cataractés, un nombre considérable de procédés ont été imaginés, chaque opérateur, suivant son habileté chirurgicale, ou ses préférences instrumentales recherchant le meilleur moyen de rendre l'opération plus simple, plus facile, et cherchant à diminuer les accidents nombreux qui peuvent se produire pendant ou après la sortie de l'œil de la lentille.

Les accidents les plus fréquents et les plus graves sont la perte du corps vitré, les hernies de l'iris, la panophtalmie. C'est pour obvier à ces accidents, immédiats ou tardifs, que nous voyons les opérateurs faire l'incision de la cornée, tantôt rapprochée, tantôt éloignée de son centre ; pratiquer une iridectomie, ou respecter l'intégrité de l'iris. C'est pour lutter contre les hernies de cette membrane qu'on a imaginé la suture directe de la cornée ou la coaptation des lèvres de la plaie cornéenne par une suture indirecte.

C'est pour éviter les sorties brusques du corps vitré à la suite d'une contraction involontaire du malade, que presque toujours on est obligé d'enlever le blépharostat après l'incision de la cornée et de terminer l'opération en écartant les paupières avec les doigts, ou en confiant ce soin à un aide expérimenté.

Tous les procédés connus d'extraction de la cataracte exposent aux accidents que je viens de décrire et nécessitent pour la plupart l'assistance d'un aide et l'enlèvement du blépharostat avant la kystitomie et l'extraction de la lentille.

Si le procédé d'extraction sous un pont kérato-con-

jonctival obvie dans une réelle mesure à ces inconvénients, si par son emploi l'opérateur est plus sûr d'extraire le cristallin sans issue du corps vitré, sans crainte de hernie de l'iris post-opératoire, avec moins de danger de panophtalmie, il sera difficile de ne pas admettre que ce procédé est supérieur à tous ceux employés jusqu'à ce jour.

J'aurai d'autre part à prouver qu'à côté des avantages précieux qu'il possède, il n'expose pas à d'autres complications, et que son exécution ne présente pas plus de difficultés, peut-être moins, même pour les débutants.

La division de mon travail se trouve ainsi toute tracée.

1° Historique du procédé que Desmarres appelle « Extraction sous-conjonctivale avec bride conjonctivale ».

2° Description complète de Desmarres.

a. — Procédé d'extraction par lambeau kérato-conjonctival.

b. — Procédé d'extraction sous-conjonctivale.

3° Travaux de Pansier d'Avignon.

4° Travaux de Vacher d'Orléans.

5° Observations.

6° Conclusions.

HISTORIQUE

C'est Wenzel, à la fin du xviii^e siècle, qui paraît avoir eu le premier l'idée de ne pas terminer *immédiatement* dans certains cas la section du lambeau et de laisser un pont *exclusivement cornéen*. Cette idée est probablement venue, comme toutes les sections interrompues d'un incident opératoire, mais quoi qu'il en soit, Wenzel songea à l'appliquer à certains cas de cataracte molle, et surtout chez les jeunes sujets, et cela dans le but de prévenir la hernie de l'iris.

Voici du reste ce qu'écrivit Wenzel fils dans le tome 1^r du *Manuel de l'Oculiste*, à l'article « cataracte » pages 134 à 136).

« Le staphylome ou hernie de l'iris, celui de la capsule de l'humeur aqueuse, demandent à peu près le même traitement. Cette hernie, lorsqu'elle a lieu, survient pendant les premières vingt-quatre heures, et ne dépend aucunement de ce qu'on a ouvert l'œil trop tôt, car la cicatrice de la cornée est formée le premier ou second jour, ou bien la hernie de l'iris ou de la capsule de l'humeur aqueuse est la seule cause de l'écartement des lèvres de la plaie de cette membrane.

« Je suis quelquefois parvenu à prévenir la forma-

tion du staphylome en ne terminant point entièrement la section de la cornée vers son diamètre inférieur, et en laissant une anse facile à détruire s'il y avait nécessité.

« Cette méthode n'est point à la vérité applicable à tous les cas. Avant d'y avoir recours, on doit s'assurer : 1° que le cristallin est mou, et semblable à de la bouillie, et cela se rencontre assez constamment chez les sujets très jeunes, aussi sont-ils fréquemment affectés de staphylomes ; 2° que la cataracte s'est formée très promptement et dans l'espace de quelques mois ; 3° que les mouvements contractiles de l'iris sont très vifs, violents, même. On doit de plus apercevoir le cristallin opaque à travers cette ouverture, et la couleur doit en être très bleuâtre et comme demi transparente.

L'opacité, dans ce cas, doit occuper entièrement la pupille, sans pour cela priver le malade de distinguer la différence qu'il y a entre le jour et la nuit.

« L'examen bien fait, on procède à l'incision en observant de retirer l'instrument avant de l'avoir achevée, pour laisser inférieurement dans la cornée l'anse mentionnée. S'il arrivait qu'on se fût trompé, il serait facile de rectifier cette erreur qui ne tire point à conséquence en coupant avec des ciseaux fins l'espèce de pont, ou bride laissée à dessein. Le seul inconvénient serait d'avoir pratiqué cette incision en deux temps.

« Quoique j'aie plusieurs fois mis en usage cette méthode, ne l'ayant fait qu'avec beaucoup de

circonspection, je ne me suis que bien rarement trompé, et toujours sans suites fâcheuses. Chaque fois, j'ai eu la preuve de l'exactitude de mes observations en voyant avant la fin de la section écouler par la pointe et la partie la plus large de la lame une partie du cristallin sous forme d'une pulpe. L'instrument hors de la cornée, il ne restait plus rien à faire, le résidu de la cataracte s'écoulant avec l'humeur aqueuse.

« La formation de ce staphylome me semble due dans ces sortes de cataractes, et peut-être chez la plus grande partie des personnes qui éprouvent cette sorte de hernie, à une espèce de mouvements de contractilité violente et particuliers à l'iris de certains individus.

« Les lèvres de la cornée sont rapprochées par la bride, et la réunion étant prompte, l'iris peut difficilement s'y insinuer. Cette méthode ne laisse d'ailleurs aucune crainte, puisque l'anse coupée, le cristallin peut facilement sortir, la voie étant suffisamment large.

« On pourrait, dans cette hypothèse, proposer pour éviter le staphylome de faire dans la cornée une ouverture plus étroite, mais on peut répondre que dans le cas d'erreur, l'élargissement de la section serait bien plus difficile, parce qu'il faudrait employer les ciseaux courbes pour y parvenir, ce qui exige beaucoup de temps, fatigue l'organe, et au total donne lieu à des accidents graves. Si nonobstant ces accidents la guérison a lieu, la cicatrice est toujours épaisse et désagréable. Rien de semblable ne survient à la suite de la méthode que je viens de décrire ».

Plus tard Alexander (1820) employa presque exclu

sivement ce procédé transporté sur un autre point de la cornée. Il l'avait imaginé moins pour opérer en plus parfaite sécurité que pour se passer d'un aide dont le concours est indispensable dans une opération aussi délicate que celle de la cataracte. (Desmarres). C'était un véritable pont de sûreté.

Dans un premier temps, il incisait la cornée avec un couteau très étroit, ne terminant pas la section, et laissant un pont, *exclusivement cornéen*, assez large. Le second temps comprenait l'ouverture de la capsule. Dans un troisième temps, Alexander terminait la section de la cornée avec un couteau mousse.

Cette incision de la cornée en deux temps n'a d'autre but que de s'opposer à la sortie brusque et intempestive des humeurs de l'œil, dit Guthrie qui a employé la même méthode.

Desmarres aussi a extrait la cataracte par le procédé à pont cornéen. « Ce procédé repose tout entier, dit-il, sur la conservation d'une petite bride de la cornée que l'on divise après l'incision de la capsule ». Desmarres en avait fait l'application dans la Kératotomie oblique, et dans la Kératotomie inférieure. Il y avait été conduit la première fois par hasard, et sans connaître le procédé d'Alexander. « J'opérais, dit-il un homme pusillanime dont les yeux étaient un peu trop saillants. Les muscles comprimaient énergiquement le globe, et je sentais mon couteau pressé à tel point dans la cornée que j'avais à craindre si je terminais la section du lambeau que les milieux de l'œil ne sortissent avec la lentille. Je retirai l'instrument après

avoir inutilement attendu la disparition du spasme musculaire, et lorsque l'œil fut calme, je divisai le petit pont qui séparait les deux plaies de la cornée en me servant d'un bistouri mousse que j'avais dans ma boîte à instruments. J'évitai de cette manière les accidents sérieux dont j'étais menacé ». (*Traité des maladies des yeux*. Tome III. Pages 186 et 187. 2^e édition).

Desmarres exécutait cette opération en trois temps principaux : 1^{er} temps ; incision de la cornée et de la capsule. Ce premier temps était subdivisé en quatre, parties, *a*). Ponction, *b*). Contre ponction, *c*). Conservation d'une bride ou petit pont. Cette bride, pour être bien faite, ne devait pas avoir au maximum plus de deux millimètres. Plus large, le petit couteau mousse destiné à l'inciser hésite à travers la chambre antérieure pour retrouver la contre-ponction, et ce qui est plus sérieux ne peut la diviser qu'en lui donnant la forme carrée, *d*). Incision de la capsule. 2^e temps ; incision de la bride avec un couteau mousse. 3^e temps ; sortie du cristallin.

Mais frappé probablement de l'impossibilité de faire sortir, à moins de couper le pont cornéen, des cristallins gros et durs par cette voie si étroite, Desmarres en arriva en 1851, à la suite d'un incident opératoire, à prolonger jusque sous la conjonctive qu'il n'incise pas le pont cornéen d'Alexander et de Guthrie, et à obtenir ainsi un *pont conjonctival* naturellement beaucoup plus extensible, et dont il donne la description dans la 2^e édition de son traité des maladies des yeux.

Dans la 1^{re} édition, au contraire cette incision n'est indiquée que comme un accident à éviter.

Mais Desmarres père abandonna bientôt l'extraction sous-conjonctivale pour l'extraction à lambeau conjonctival mobile, ainsi que le montrent ces lignes écrites par son fils en 1874. « Le lambeau conjonctival pratiqué pour la première fois par mon père est difficile à obtenir chez tous les malades. Ce procédé, malgré les petits inconvénients qu'il offre : douleur, effusion de sang etc., a l'immense avantage d'empêcher la suppuration de tout le lambeau en divisant la plaie totale de la cornée en deux portions isolées, car la plaie conjonctivale se cicatrise très vite. En second lieu, cette cicatrisation rapide de la conjonctive diminue le nombre des hernies de l'iris, ou du moins ne les laisse se produire que très petites, relativement à celles que l'on observe lorsque le procédé purement kératique a été employé. (Leçons cliniques sur la Chirurgie oculaire. Page 20).

Le lambeau kérato-conjonctival mobile de Desmarres a rallié de nombreux suffrages, et nous le voyons prôné par Courserant (1860), Pagenstecher, de Graefe (1875), Knapp (1867), Wolfe (1868), Galezowski (1871), Snellen (1872), etc., Pansier). Seul Gioppi de Padoue, en 1869, d'après Stoeber, aurait remis en pratique la méthode primitive de Desmarres à lambeau conjonctival adhérent. Gioppi fait dans le sillon kérato-conjonctival une incision longue de 8 à 9 millimètres, en ménageant en haut un pont étroit de conjonc-

tive. Il introduit ensuite la curette derrière le cristallin qu'il extrait dans sa capsule (Pansier).

En somme, dit Pansier, s'il est l'inventeur du procédé, Desmarres n'a opéré que six malades par cette méthode. Dans un cas opéré avec iridectomie, et trois sans iridectomie, il n'y eut pas de complications et guérison très rapide. Dans un cas, il se développa une iritis intense. Dans un autre cas, il y eut une hémorrhagie abondante qui masquait le champ opératoire et obligea à sectionner la bride conjonctivale.

Pansier fit ses premières opérations par la méthode sous-conjonctivale à la fin de septembre 1898, ignorant alors les travaux de Desmarres. « Je fus amené à ce procédé, dit-il par la pratique de la suture de la cornée, dont je reconnaissais les avantages et l'utilité, mais ne me dissimulai pas la complication qu'elle apporte à l'opération. Je songeai à remplacer la suture par une bride naturelle taillée dans la conjonctive, bride que je pratiquai d'abord aussi étroite que possible. Après pas mal de tâtonnements, j'étais arrivé à régler mon manuel opératoire, et en 1899 je publiai mes résultats reposant sur une série de soixante observations. Depuis plus de deux ans, depuis septembre 1898, je n'ai opéré que par ce procédé et je n'ai eu qu'à m'en féliciter. Sur 160 extractions, je n'ai eu qu'un accident septique (dans un cas compliqué de diabète et de dacryocystite); une seule fois, c'était dans mes premières opérations, la bride me gênant, je fus amené à la sectionner.

Vacher fit ses premières opérations au mois d'avril 1899. Partisan de la suture de la cornée qu'il faisait par le procédé de Kalt ou de Lacombe, il a abandonné complètement ce procédé depuis qu'il pratique l'extraction sous un pont kérato-conjonctival. Ce procédé consiste à ne pas terminer la section cornéenne dans le limbe scléro-cornéen, mais à dévier en arrière le plan de section du couteau pour lui faire entamer la sclérotique et cheminer sous la conjonctive lorsque la section scléroticale est terminée. On continue à détacher la conjonctive en s'éloignant de la cornée, jusqu'au delà de l'insertion du droit supérieur, en faisant ainsi une languette conjonctivale non interrompue qui a une longueur de 10 millimètres environ. On peut modifier cette manière de faire soit en sectionnant le pont conjonctival avant de tailler le lambeau cornéen, soit en variant sa longueur ou sa largeur, soit en libérant son extrémité avant de faire l'extraction pour la re-fixer ensuite par un point de suture.

De cette manière, on conserve toujours à l'extrémité de la section cornéenne un pont de tissu conjonctival qui adhère en quelques heures, s'oppose absolument au renversement du lambeau et rend très difficile la hernie de l'iris ou la mauvaise coaptation de la plaie cornéenne.

Le pont conjonctival, ajoute Vacher, est aussi actif que la suture et présente beaucoup moins de difficultés. J'y suis arrivé progressivement à la suite d'un cas dans lequel j'avais involontairement taillé un lambeau conjonctival par suite d'une section trop périphérique. Ce

lambeau conjonctival bien étalé sur le globe m'avait donné un résultat particulièrement heureux. Je fis de propos délibéré à l'opération suivante la languette conjonctivale que je suturai. Bientôt j'eus l'idée d'extraire le cristallin sans libérer cette languette et j'arrivai à l'extraction sous un pont conjonctival.

Louis Dor, ayant pu juger de visu la pratique de Vacher, en novembre 1899, a aussi expérimenté le procédé et a fait à la Société des sciences médicales de Lyon une communication où il rapportait les heureux résultats obtenus par cette méthode.

De ce qui précède, il est facile de conclure que tout le mérite du pont conjonctival revient à Desmarres père, car le procédé n'a rien de commun avec le pont cornéen momentané de Wenzel ou d'Alexander.

Dans la première édition de son traité des maladies des yeux, Desmarres en parle comme d'un accident à éviter. Dans la seconde édition, au contraire, terminée en 1858, il consacre à la description de son procédé quinze pages (tome III, pages 255 et suivantes) et sept figures.

Je ne saurais mieux faire que de reproduire ici textuellement le texte de Desmarres. Par sa lecture, on verra combien Pansier et Vacher, sans le connaître, se sont rapprochés des idées du maître français, auxquelles ils ont apporté quelques modifications heureuses qui règlent définitivement le manuel opératoire, et c'est certainement à eux deux qu'on doit de voir ce procédé reprendre la place qu'il mérite.

EXTRACTION SOUS-CONJONCTIVALE DE LA CATARACTE

Procédé de Desmarres.

· Nous allons décrire, sous ce nom, un procédé d'extraction que nous avons imaginé et mis en pratique il y a déjà plusieurs années et que nous avons repris depuis quelques mois seulement.

Il a spécialement pour but d'éviter le soulèvement du lambeau, son infiltration, et tous les accidents que nous avons décrits plus haut.

Il est surtout applicable aux yeux très saillants pour lesquels l'extraction ordinaire est souvent dangereuse.

Dans le nombre encore assez limité d'opérations que nous avons pratiquées, il n'y a eu jusqu'ici aucun accident capable de compromettre la vision, et même quelques-uns de ceux qui surviennent dans la kératotomy ordinaire s'étant montrés, la cornée n'a jamais été atteinte d'aucune inflammation.

Dans ce procédé, le chirurgien pratique un lambeau qui, après avoir traversé la cornée comme dans l'opération d'extraction ordinaire, passe sous la conjonctive du bulbe, par un simple allongement de la plaie kératique. On a ainsi, au côté interne de l'œil et au côté

externe, une double boutonnière réunie loin de la cornée par un pont de la conjonctive. L'opération peut être faite par kératotomie supérieure ou inférieure.

Voici le manuel opératoire.

Manuel opératoire. — Kératotomie supérieure. —

La kératotomie supérieure n'a ici aucun avantage sur l'inférieure; si je l'ai pratiquée le plus souvent ainsi, c'est parce que, ayant l'habitude de la kératotomie supérieure, j'ai cru pouvoir plus facilement éviter les difficultés que présenterait le nouveau procédé. Je reviendrai au reste sur ce point de pratique.

Les paupières sont écartées par l'aide, comme il a été décrit plus haut; le chirurgien fixe l'œil avec la pique de Pamard ou avec le dé dont nous avons donné la description. Le malade doit regarder le plus en bas possible.

Supposons que l'on opère l'œil droit.

La pique est tenue de la main droite, le couteau à cataracte de la gauche.

Premier temps. — La ponction et la contre-ponction sont faites comme dans le procédé ordinaire. Le couteau traverse rapidement la chambre antérieure, et au lieu de le tenir parallèle à l'iris, lorsque le lambeau est fait environ aux deux tiers, et qu'il n'y a plus qu'une bride large d'environ 4 millimètres à diviser, le chirurgien, après un temps d'arrêt de quelques secondes, incline le tranchant de l'instrument en arrière, en surveillant avec une grande attention la marche de l'incision, et de façon à la pousser sous les limites de la cornée.

En manœuvrant ainsi, et en pesant un peu sur l'instrument, on sent tout à coup une petite secousse qui indique que la cornée est complètement incisée et que le couteau se trouve, dès ce moment, sous la conjonctive bulbaire. On continue de maintenir l'œil en bas avec la pique ou le dé; on pousse énergiquement le couteau vers le grand angle, de manière à diviser la conjonctive dans la plus grande étendue possible; puis on le ramène à soi en cachant la pointe sous le pont conjonctival, et l'on agrandit l'ouverture conjonctivale dans l'étendue, s'il se peut, d'un centimètre; un peu moins ne serait cependant pas un inconvénient.

Le lambeau étant achevé, on redescend la pointe du couteau dans la pupille, en ayant soin de laisser toujours l'instrument dans la plaie, et la capsule est incisée comme à l'ordinaire, c'est-à-dire en plongeant la pointe du kératotome dans la capsule.

L'incision de la capsule peut être faite dans un temps spécial : dans ce cas on dépose le kystitome dès que la conjonctive est incisée dans une étendue suffisante, et on glisse dans la chambre antérieure le kystitome à pointe recourbée qui a été décrit plus haut. La déchirure de la capsule est ainsi beaucoup plus grande, et l'extraction de la lentille plus rapide.

Deuxième temps. — Il consiste à extraire le cristallin. Le chirurgien soulève la paupière, en la prenant près des cils par un pli de peau transversal; il recommande au malade de regarder droit devant lui, pour que le lambeau ne presse pas trop l'iris, et si le cristallin ne traverse pas spontanément la pupille, il presse dou-

cement sur la partie supérieure externe du globe, puis sur l'inférieure. Bientôt la lentille, chassée par ces mouvements de sa capsule, monte dans la chambre antérieure, et glisse peu à peu, moitié sous le lambeau conjonctival, moitié sous le lambeau kératique, d'où on l'extraît par une légère pression du doigt ou de la curette.

Si des débris demeurent dans la chambre antérieure ou dans la postérieure, on les enlève avec la curette comme à l'ordinaire, et l'on veille à ce qu'aucun d'eux ne demeure entre les lèvres de la plaie. On essaie la vision, puis on s'assure, préalablement au pansement, qu'il n'y a dans la chambre antérieure ni bulle d'air, ni débris de lentille, et on ferme l'œil avec des bandelettes de taffetas d'Angleterre. Comme dans le procédé ordinaire, je crois prudent, quand l'œil est très saillant, de maintenir les bandelettes par une boulette d'ouate soutenue au moyen d'un bandeau léger et médiocrement serré.

Kératotomie inférieure. — L'exécution est plus facile que celle de la kératotomie supérieure, cela tient à ce que, l'œil fuyant naturellement en haut quand il est blessé, on peut achever le lambeau conjonctival plus aisément, et sans être gêné par la paupière. La manœuvre est d'ailleurs la même.

Voici quelques observations dans lesquelles ce procédé a été employé. Les premières remontent à 1851, et voici en quels termes je les présentais dans mon mémoire à l'Institut de Valence.

La facilité avec laquelle le chirurgien peut diviser en

même temps la conjonctive et la cornée dans l'extraction, lorsque la contre-ponction est trop rapprochée de la sclérotique, m'a conduit à me demander s'il ne serait pas bien de faire tout exprès un lambeau à la fois kératique et conjonctival. J'ai mis à exécution cette idée, parce que j'ai pensé :

1° Que la partie de conjonctive qui demeurerait adhérente au lambeau, maintiendrait convenablement celui-ci dans une immobilité convenable à la réunion par première intention ;

2° Qu'on diviserait la cornée dans une étendue plus petite que dans les procédés ordinaires, et qu'en conséquence le lambeau se guérirait mieux.

Ce n'étaient point là de vaines idées théoriques ; c'était par suite d'une observation toute pratique, observation faite dans des cas où je n'avais pas fait ce que je voulais, que je m'étais proposé d'essayer ce procédé.

Je l'ai donc mis en pratique, et je m'en suis véritablement applaudi.

Voici deux faits entre autres :

Le nommé Denis, soixante-six ans, fruitier, rue Saint-Martin, 90, est opéré le 1^{er} octobre 1851, d'une cataracte lenticulaire. Le kératotome passe facilement à la jonction de la cornée avec la sclérotique du côté interne, et traverse la conjonctive. En poussant l'instrument, j'arrive bientôt à la partie supérieure de la cornée que je sens céder lentement, et je n'ai plus sur le couteau que la conjonctive. Je fais avancer toujours l'instrument de manière

à obtenir un lambeau muqueux de 1 centimètre de hauteur, et même davantage ; puis je m'arrête en laissant une bride et je vais comme à l'ordinaire ouvrir la capsule. Après quelques instants le couteau mousse est introduit, la bride muqueuse divisée et le cristallin extrait. La cornée se remet en place, mais il n'en est pas de même de la conjonctive que je dois étendre sur le bulbe avec précaution. Je remarque qu'elle se colle en quelque sorte en cet endroit et qu'elle va certainement servir à maintenir le lambeau cornéen.

L'œil est fermé comme à l'ordinaire.

Le lendemain j'enlève les bandelettes (j'examine les yeux opérés de cataracte tous les jours) et je trouve que tout va bien.

Le cinquième jour ce malade était levé, et le septième, il sortait de la clinique ; rarement j'ai vu une guérison plus rapide.

Voici une autre observation.

Le nommé Drouet, à Ville d'Avray, sentier des vignes, est opéré de la même manière le 22 octobre 1851. Il n'y a pas d'accidents. Dès le surlendemain, je remarque que le lambeau est bien réuni, mais que la portion de conjonctive divisée est un peu tuméfiée.

Le quatrième jour, le malade se lève ; il sort le neuvième très bien guéri.

Je le revois le 7 novembre. Il n'y a pas d'injection. La pupille est nette, sauf un lambeau de capsule très petit en bas ; la vue est parfaite. Le lambeau conjonctival est un peu vasculaire.

Ces faits et d'autres absolument semblables m'ont donné l'idée que l'on pourrait bien ne pas diviser la bride conjonctivale, et faire passer le cristallin par un des côtés de l'incision. On aurait ainsi toutes les chances possibles de réunion pour le lambeau qui serait parfaitement maintenu de cette manière par la conjonctive avec laquelle il ferait corps. J'ai exécuté ce procédé une fois seulement ; je n'ai pas eu d'accidents, mais cela m'a paru assez difficile. J'y reviendrai, et j'espère de bons résultats en m'y exerçant la main.

Voici maintenant quelques observations qui toutes datent de quelques mois, et dans lesquelles le pont conjonctival a été conservé. Je les ferai suivre de remarques sur les difficultés que l'on peut rencontrer dans l'exécution de la manœuvre, et sur les accidents qui ont suivi les opérations.

OBSERVATION I

M. Gilet, 49 ans, maçon. L'œil droit est atteint d'une cataracte molle complète, sans complication ; la chambre antérieure est assez étroite, la pupille mobile, la vue abolie. L'œil gauche présente aussi une cataracte qui bien qu'avancée, permet encore au malade de se conduire.

1^{er} juin 1855. — L'opération est pratiquée par extraction supérieure avec lambeau kérato-conjonctival. La manœuvre n'offre rien de particulier ; quelques gouttes de sang s'étant échappées dans la chambre antérieure, un moment d'intervalle est laissé au malade entre le premier et le deuxième

temps, et le petit coagulum s'échappe de la chambre antérieure avec la lentille. La vue exercée aussitôt est bonne.

Quelques instants après l'opération, et au moment où l'œil allait être fermé, on remarque que l'iris vient faire saillie dans la plaie, entre le point de ponction de la cornée et le bord externe du pont conjonctival. Des frictions sur la paupière ayant été tentées sans résultat, une curette est poussée avec précaution dans la chambre antérieure ; mais la hernie, au lieu de se réduire, tend évidemment à augmenter encore. Dans cet état de choses et pour éviter les dangers que cet accident détermine, l'iris est excisé d'un coup de ciseaux et la plaie kératique placée aussitôt dans les meilleures conditions de réunion.

4 juin. — La plaie est réunie. L'œil est un peu rouge, cependant le malade n'a pas souffert depuis l'opération (ventouse scarifiée entre l'œil et l'oreille, un décigramme de calomel matin et soir).

6 juin. — La rougeur de la conjonctive a disparu ; le malade distingue bien les doigts qu'on lui présente.

10 juin. — Sortie de la clinique. La pupille allongée en haut et en dehors par suite de l'excision de la hernie de l'iris est bien noire, et la vue satisfaisante.

6 juillet. — La guérison est complète.

Le 31. — Le malade voit pour lire avec les lunettes n° 2.

Cette observation présente un fait remarquable et très favorable au procédé sous-conjonctival ; c'est que la hernie iridienne, au lieu de s'étendre à la totalité du lambeau, comme cela eut infailliblement eu lieu dans le procédé

ordinaire, est demeurée limitée au côté externe. Evidemment cela tient à ce que le pont muqueux se colle pour ainsi dire sur la sclérotique et constitue un obstacle à la sortie de l'iris.

OBSERVATION II

Madame Guérard, 62 ans, dévideuse de laine, rue Saint-Jacques.

Cataracte lenticulaire molle, complète à droite, incomplète à gauche.

L'opération est pratiquée sur l'œil droit seulement, le 26 novembre 1855, devant M. le professeur Riberi, de Turin.

La cataracte est volumineuse, les deux chambres sont diminuées. Un lambeau kérato-conjonctival est taillé régulièrement, la cataracte remonte aisément et s'échappe par l'ouverture externe. La pupille est noire, et la vue est très bonne.

Pendant la section de la conjonctive, j'ai dû maintenir énergiquement l'œil fixé et dirigé en bas; du sang provenant de la muqueuse s'est échappé dans la chambre antérieure, mais il en est entièrement sorti en même temps que la lentille.

Le lambeau s'applique bien, la malade est pansée comme à l'ordinaire.

Le 28 novembre. — J'examine l'œil, la plaie est entièrement réunie, et la vue nette. Il n'y a pas de rougeur.

Le 1^{er} décembre. — La malade sort de la clinique dans les meilleures conditions.

Le 17. — La vue est parfaite avec les lunettes n° 2 pour la lecture, n° 5 pour les objets éloignés.

OBSERVATION III

Mme C..., cinquante-neuf ans, matelassière, rue des Lavandières, n° 1. Cataracte lenticulaire, demi-dure à droite, complète. Même affection commençante à gauche.

L'opération est pratiquée sur l'œil droit seulement, le 14 décembre 1855. La cornée est saine, la chambre antérieure légèrement diminuée. La pupille est peu mobile. Les couches corticales sont luisantes, et derrière les triangles qu'elles forment, on voit un large noyau ambré. La vision est abolie, comme dans la cataracte complète, sans complication.

Pendant l'opération, la malade contracte énergiquement les paupières, et rend la manœuvre difficile. Dans la crainte de quelque accident, je la fais transporter sur un lit dès que le lambeau conjonctival est achevé. Là, les paupières sont écartées, et bientôt le cristallin, après avoir traversé la pupille remonte sous le lambeau conjonctival et sort à moitié par la plaie externe. La curette le dégage et enlève des débris de substance molle qui étaient restés dans la pupille, et sur l'iris.

La malade dit qu'elle a souffert, mais que la satisfaction de voir de son œil lui donne beaucoup de joie.

Le soir de l'opération, elle se plaint de douleurs assez vives, et l'infirmier lui applique une ventouse scarifiée à la tempe, moyen qui la soulage pour la nuit.

15 décembre. — Les douleurs se réveillent ; une deuxième ventouse les éloigne de nouveau,

16 décembre. — La journée est bonne, il n'y a pas de douleur, ni de gonflement.

17 décembre. — Examen de l'œil, chémosis séreux ; iritis au premier degré ; vision très confuse ; lambeau très bien appliqué.

Moucheture sur le chémosis ; ventouse près de l'oreille ; un décigramme de calomel, trois fois par jour. Instillation du collyre d'atropine.

18 décembre. — La malade ne se plaint pas ; on n'examine pas l'œil.

19 décembre. — L'inflammation a diminué beaucoup ; la pupille est dilatée ; en bas et en dehors, il y a un angle rentrant formé par une synéchie postérieure ; il n'y a presque plus de soulèvement de la conjonctive à la partie inférieure de la cornée. Le lambeau est toujours parfaitement appliqué.

26 décembre. — Dans les cinq derniers jours, l'amélioration a toujours marché, la vue commence à devenir satisfaisante.

28 décembre. — Les exsudations disparaissent rapidement.

4 janvier 1856. — La malade est complètement guérie ; elle voit parfaitement avec les lunettes 2 et 5.

OBSERVATION IV

M. Verème, 72 ans, gardien de l'essai, rue du Marché aux Chevaux, 16.

Cataracte lenticulaire droite, demi-dure ; même affection commençante à gauche.

La cataracte s'est montrée il y a environ dix ans ; elle s'est complétée sans que le malade s'en aperçût. L'œil, par suite du temps depuis lequel le mal existe, est dévié en dehors. Les membranes internes et externes sont d'ailleurs très saines.

7 janvier 1856. — L'œil droit est opéré par la méthode sous-conjonctivale ; il ne s'est présenté pendant l'opération aucune difficulté autre que la nécessité d'agrandir la plaie de la conjonctive au côté externe d'un coup de ciseaux mousses, ce que je n'avais pu faire avec le couteau, le malade dirigeant son œil en haut avec une trop grande énergie.

Le lendemain, l'œil est examiné ; il n'y a aucune rougeur ; la cornée est réunie ; les choses continuent d'aller bien, et le 11 janvier, le malade sort de la clinique dans les meilleures conditions et voyant très bien.

27 février. — Le malade vient me trouver, atteint d'une légère iritis. La plaie est ouverte dans la ponction, c'est-à-dire dans la partie supérieure externe. Le malade raconte que pris pendant la nuit d'une démangeaison, il a frotté l'œil trop fortement, et qu'aussitôt des douleurs se sont manifestées. On applique une ventouse scarifiée ; on prescrit un purgatif, et le lendemain, il y a une très grande amélioration ; mais l'iris fait une très légère hernie dans la plaie.

2 mars. — Le malade va mieux ; mais il y a dans l'œil un état sub-inflammatoire qui rend la vision un peu confuse. Depuis cette époque jusqu'au 22 mars, l'œil a conti-

nué d'être un peu rouge, et il s'est formé dans la pupille, près de sa marge supérieure interne qui est tirillée en haut et en dehors, une exsudation assez épaisse qui intercepte en partie la lumière. Le malade voit cependant à se conduire, mais la lecture n'est plus possible.

4 avril. — Il n'y a plus d'inflammation. La vue s'est considérablement améliorée; le malade peut se conduire facilement, et j'espère que plus tard, si l'inflammation ne reparait plus, il pourra recouvrer entièrement la vue.

OBSERVATION V

Mme Rioux, âgée de 67 ans, demeurant à Sèvres, rue de Ville d'Avray. Cataracte molle, complète à gauche, avancée à droite.

L'œil ne présente rien de particulier, il est seulement un peu volumineux; sa cornée offre de nombreuses petites taches anciennes.

Cette malade est sujette aux hémorrhagies nasales; sa santé du reste est assez bonne.

11 avril 1856. — L'extraction est pratiquée par kératotomy inférieure. Le lambeau kératique est taillé facilement jusqu'à la petite bride. A partir de là, et dès que le tranchant du couteau est un peu dirigé en arrière pour glisser sous la conjonctive, du sang commence à s'échapper en assez grande abondance de cette membrane. La chambre antérieure se remplit entièrement, et bientôt la pupille et l'iris disparaissent.

Après cinq ou six minutes, pendant lesquelles l'œil est tenu fermé, le sang continuant à couler en nappe et

avec assez d'abondance, le pont muqueux est divisé et la capsule ouverte au juger, en quelque sorte, en conduisant le kystitome derrière la cornée, et jusqu'au centre de cette membrane. Le noyau du cristallin, échappe avec un caillot de sang, mais la substance corticale doit être abandonnée dans la chambre postérieure, pour ne pas fatiguer l'œil.

Des bandelettes sont appliquées, mais l'hémorrhagie continue une demi-heure encore. Elle était produite par une artériole sous-conjonctivale qui avait été divisée tout près de la cornée.

Le surlendemain l'œil est examiné. La plaie kérato-conjonctivale est réunie, le lambeau seulement un peu boursoufflé ; il n'y a ni rougeur, ni douleur. La chambre antérieure est remplie de sang, cependant on voit qu'il commence à se résorber.

Du 20 avril au 30 mai, la chambre antérieure s'est peu à peu débarrassée du sang qu'elle contenait et l'on a pu apercevoir la pupille. Cette ouverture soumise à l'action de l'atropine, offre des adhérences nombreuses avec des débris de substance corticale forcément laissés dans l'œil. En haut et en dedans, elle est noire dans un tiers environ de son étendue, et la malade commence à bien distinguer les doigts qu'on lui présente.

Si la résorption ne suffit pas pour débarrasser la pupille, on pourra enlever plus tard les restes de la cataracte avec la serre-tête ou la briser avec l'aiguille.

Cette observation montre qu'une énorme quantité de sang dans la chambre antérieure n'a exercé aucune influence sur la réunion du lambeau muqueux. L'œil opéré est atteint

de cataracte secondaire, mais il est dans les meilleures conditions pour un prochain avenir.

20 octobre. — La pupille est suffisamment débarrassée la malade peut se conduire avec cet œil.

Remarques sur les difficultés que l'on rencontre et les accidents que l'on observe dans l'exécution de l'opération.

La ponction et la contre-ponction n'offrent aucun intérêt sous le rapport de ces remarques. Il en est de même du passage du couteau à travers la chambre antérieure ; car nous avons étudié tous les accidents qui peuvent se manifester lorsque nous nous sommes occupé de la kératotomie en général.

Nous fixerons seulement notre attention sur la formation de la bride, et la sortie du cristallin.

Formation de la bride. — Dans ce temps de l'opération, si le chirurgien ne prend pas la plus scrupuleuse attention d'incliner le tranchant du couteau en arrière, dès qu'il n'y a plus à diviser sur la cornée qu'un petit pont de 3 ou 4 millimètres, il peut arriver que la cornée soit aussitôt incisée assez brusquement, et que l'on pratique ainsi une kératotomie ordinaire, avec les accidents de la section brusque que nous avons indiqués plus haut. Il faut, pour éviter ce résultat, pousser le kératotome bien parallèlement au petit pont kératique, et avec assez de lenteur pour suivre aisément la marche du couteau à travers l'anneau conjonctival, et

jusque sous la muqueuse. Lorsque l'on a réussi dans cette manœuvre, on a, ainsi que nous l'avons dit plus haut, le sentiment d'une résistance vaincue et la certitude que dès lors le couteau est placé entre la sclérotique et la conjonctive.

Du sang peut s'échapper dans la chambre antérieure, dès que l'on atteint l'anneau conjonctival, surtout si l'on opère par kératotomie supérieure. Il n'y a rien de semblable le plus souvent, quand on divise la cornée en bas ; ce sang est quelquefois assez abondant pour cacher complètement l'iris et la pupille (obs. 5) ; mais le chirurgien ne doit pas s'arrêter, parce que cela n'est qu'un très minime inconvénient, et il doit poursuivre sans hésitation l'achèvement de la bride conjonctivale.

Dans l'extraction supérieure, il arrive quelquefois que, malgré la pique de Pamard, l'œil se dirige en haut avec une telle force, et l'espace qui existe entre la cornée et la paupière supérieure est si étroit, que le couteau blesserait celle-ci, si l'on voulait poursuivre la section de la muqueuse. Dans ces conditions, on donne un instant de repos au malade, on le fait coucher sur le lit, et en saisissant la paupière supérieure avec les doigts, on agrandit la plaie de la conjonctive d'un coup de ciseaux fins et boutonnés. Plusieurs fois j'ai remédié de cette manière à cette difficulté sans aucun accident.

Dans un cas où le malade était excessivement sourd, et où je ne pouvais me faire entendre de lui qu'avec la plus grande peine, j'ai préféré diviser la conjonctive à 6 ou 8 millimètres de la cornée, en ramenant le

tranchant du couteau en avant, comme je l'avais pratiqué dans mes premières opérations, et la muqueuse se collant exactement sur la sclérotique, après l'extraction du cristallin, a très certainement fait obstacle au soulèvement ultérieur du lambeau. Dans la kératotomie inférieure, il est très facile d'agrandir la double boutonnière de la conjonctive avec le kératotome, parce que l'œil fuyant en haut instinctivement, et la paupière inférieure pouvant être facilement abaissée, il y a plutôt à craindre de faire sur la conjonctive une plaie trop grande que trop petite, bien qu'en définitive cela serait sans aucune espèce d'inconvénient.

Sortie du cristallin. — Si la boutonnière conjonctivale est trop étroite, que la portion du lambeau appartenant à la cornée soit trop étroite aussi, il arrive que, la capsule étant largement déchirée, le cristallin ne peut sortir qu'avec une extrême difficulté. On reconnaît cet accident aux efforts inutiles que l'on fait pour arriver au résultat en même temps qu'à cette circonstance que la pupille ne présente d'angles d'aucun côté, ce que l'on remarque chaque fois que la lentille tend à s'échapper. Il faut alors agrandir ou bien la plaie de la cornée du côté externe, ou, ce qui est infiniment préférable, allonger la boutonnière de la conjonctive, ou bien encore diviser le pont conjonctival en travers et aussi loin que possible de la cornée. Cet accident peut être prévenu à coup sûr en suivant pour la grandeur du lambeau dans la méthode sous-conjonctivale, les règles que nous avons établies plus haut.

Application de la méthode sous-conjonctivale. —

Nous ne pouvons, quant à présent, nous dissimuler que l'exécution de cette opération est difficile, et que le manuel opératoire exige une très grande habitude des opérations délicates que l'on pratique sur le globe oculaire. Nous avons toutefois la conviction, établie sur des faits, que c'est assurément le meilleur procédé pour empêcher le soulèvement du lambeau, la supputation de la cornée et la hernie de l'iris qui en est la conséquence la plus fréquente. En s'exerçant à pratiquer l'extraction sous-conjonctivale par kératomie inférieure, on pourra sans aucun danger de provoquer l'issue du corps vitré, pratiquer l'extraction de la cataracte sur des yeux volumineux, saillants, et dont les paupières sont largement ouvertes, car c'est particulièrement dans ces cas, alors que l'extraction ordinaire était dangereuse, que nous avons multiplié nos essais.

20 novembre 1856.— Depuis que les pages précédentes ont été écrites, des circonstances indépendantes de ma volonté m'ayant forcé de suspendre pendant assez longtemps la composition de mon travail, j'ai entrepris une nouvelle série d'opérations (vingt au moins), dans lesquelles, comme dans mes premiers essais, j'ai divisé le pont conjonctival. Ces opérations pratiquées dans des cas ordinaires ont toutes été heureuses, sauf deux dans lesquelles l'iris a fait hernie ; elles me permettent jusqu'ici de conclure.

1° Que le procédé d'opération sous-conjonctivale

doit être réservé aux cas dans lesquels les yeux sont excessivement saillants.

2° Que le procédé d'extraction par lambeau kérato-conjonctival, avec division du pont, est préférable en général à celui par lambeau kératique ordinaire.

EXTRACTION

SOUS-CONJONCTIVALE DE LA CATARACTE

Procédé de Pansier (d'Avignon).

Pansier fit ses premières opérations par la méthode sous-conjonctivale à la fin de septembre 1898, ignorant alors les travaux de Desmarres.

Le procédé que je propose, écrit-il, (*in Annales d'oculistique*, octobre 1899, page 267) est une suture naturelle ménagée par un lambeau conjonctival que je laisse en place : au lieu d'une incision complète, je ne fais qu'une espèce de large sclérotomie.

Voici en quoi consiste ce procédé, et comment je fais l'opération : habituellement je fais l'incision de Fuchs, incision scléro-cornéenne intéressant environ le tiers de la cornée. Quand il ne reste plus à sectionner que 5 ou 6 millimètres de cornée, j'incline la lame du couteau parallèlement au globe, de façon à sortir du tissu scléro-cornéen en pleine conjonctive.

Au lieu de terminer l'incision en sectionnant le pont conjonctival, je fais glisser le couteau sur le globe, de façon à mobiliser un lambeau de conjonctive plus ou moins long qui reste adhérent. Je retire le couteau et j'ai ainsi un lambeau cornéen attenant à un lambeau, à une sangle conjonctivale qui le maintient en place.

Le reste de l'opération diffère peu du manuel opératoire ordinaire : je fais par pression sortir le cristallin qui entrebaille les lèvres de la plaie, et tend le lambeau conjonctival. Que se passe-t-il ? Si la sangle conjonctivale est bien médiane, si elle occupe exactement le milieu du lambeau cornéen, et surtout si la pression est exercée de haut en bas, le cristallin vient se placer sous le lambeau conjonctival. Je le laisse en ce lieu, et profite du baillement des lèvres de la plaie pour expulser les masses corticales : une fois la toilette faite, je me débarrasse du cristallin en le faisant glisser à droite ou à gauche.

Si la sangle n'est pas bien médiane, et surtout si la pression est exercée un peu latéralement, le cristallin sort par le côté vers lequel on le pousse ; et je le dirige toujours vers le côté où l'incision est plus large. Il ne reste plus qu'à faire la toilette de la chambre antérieure.

L'iris bien remis en place, la plaie débarrassée des caillots ou des débris de masses corticales, j'ai une coaptation aussi exacte que si j'avais mis un point de suture....

J'ai parlé de la largeur du lambeau, je n'ai rien dit de sa longueur ; celle-ci doit dépendre de la largeur donnée à l'incision cornéenne, et vice-versa. Si on opère un œil proéminent sur lequel on soit certain de pouvoir mobiliser un lambeau conjonctival de plus de six ou sept millimètres de longueur, on peut réduire l'incision cornéenne à son minimum. Si au contraire on est en face d'un œil enfoncé, avec rebords orbitaires

proéminents, il sera impossible de faire un lambeau conjonctival aussi long que dans le premier cas : il faut donc élargir un peu les limites de l'incision cornéenne ; souvent même, dans ce dernier cas, la section scléro-cornéenne est difficile et l'incision prend une autre forme.

En tout cas, il vaut mieux exagérer l'étendue de la section et pécher par excès que par défaut. Avec l'immobilisation que produit la sangle conjonctivale, il n'y a pas à craindre d'inconvénients d'une large section, et la sortie du cristallin se fait sans difficultés. Nous savons avec quelle rapidité se ressoude la conjonctive, et en quelques heures le lambeau que nous avons mobilisé est redevenu complètement adhérent au globe. Avec une incision un peu étroite, l'extraction est plus pénible, et surtout il devient difficile de faire sortir les masses corticales en même temps que le noyau du cristallin : d'où toilette consécutive un peu plus longue... Voici actuellement le manuel opératoire de Pansier (*in Annales d'oculistique*, mars 1901. page 169).

Cinq minutes avant l'opération, j'instille dans l'œil un tube-collyre d'extrait de capsule surrénale, que j'ai additionné d'une ou deux gouttes de cocaïne au 1/20. Cette instillation préalable a un double effet : d'abord elle empêche toute hémorrhagie gênante de la conjonctive, ensuite elle donne une anesthésie profonde avec une dose minime de cocaïne. L'œil est ensuite aseptisé. J'opère sans aide, les paupières maintenues par l'écarteur mécanique. Je fais la ponction dans le limbe scléro-cornéen au tiers supérieur, l'œil étant saisi et

maintenu au point diamétralement opposé au moyen d'une pince à mors simple sans arrêt fixe. La ponction faite, je déchire en passant la capsule cristallinienne et fais la contre-ponction : j'incise alors la cornée sur une étendue de deux à trois millimètres. A ce moment je lâche la conjonctive de l'angle interne, et saisis avec la même pince un pli de conjonctive aussi large que possible, en dessus du globe, dans un point au-dessous duquel doit sortir le couteau.

En saisissant la conjonctive à la partie supérieure du globe j'obtiens un double résultat : 1° Je fais basculer le globe en bas de façon à dégager la partie terminale de mon incision ; 2° je soulève la portion conjonctivale sous laquelle va s'engager le couteau, et facilite son détachement. La conjonctive ainsi saisie, et l'œil fortement dévié en bas, je continue l'incision de la cornée, inclinant le couteau parallèlement au globe, de façon à sortir du tissu scléro-cornéen sous la conjonctive que je détache sur une longueur de un centimètre environ. Avec la pince, je tire alors un peu plus fortement sur l'attache postérieure du lambeau conjonctival, de façon à maintenir mon globe incliné en bas et à faire bailler la plaie : en même temps, avec la curette, appuyant légèrement en bas, je fais basculer le cristallin, qui par une légère pression, s'engage sous la conjonctive, ou sort par l'ouverture latérale de l'incision. La toilette faite, et l'iris remis en place, je couvre l'œil avec un pansement aussi léger que possible.

Le malade est pansé le lendemain de l'opération ; en

24 heures, la chambre antérieure est toujours réformée. En 48 heures ou trois jours, la cicatrice est assez solide, pour qu'on puisse laisser l'œil libre sous de simples verres fumés.

Après l'opération, le malade n'est pas mis au lit, mais reste dans sa chambre, l'œil non opéré libre de tout pansement. Pendant quelques heures, il y a de la gêne, surtout quand l'œil libre entre en mouvement : mais généralement 12 heures après l'opération, le patient n'éprouve plus aucune douleur. Un de mes patients, épicier de sa profession, redescendit à son comptoir une demi-heure après l'opération, et continua, comme si rien n'était, à servir sa clientèle, (12^e obs.).

Au début, je faisais mon lambeau conjonctival très étroit, (2 millimètres) ; actuellement je suis arrivé à le faire aussi large que possible : plus le lambeau est large, plus la cicatrisation est rapide, plus la coaptation des lèvres de la plaie est intime, et moins on est exposé aux hernies de l'iris.

Avec un très large lambeau, si l'on veut faire l'iridectomie, il est bon de modifier un peu le manuel opératoire ordinaire : on attire l'iris sous la conjonctive, on glisse les ciseaux entre la pince et le globe, et on sectionne au ras de la sclérotique : on fait ainsi une iridectomie sous-conjonctivale.

Avec ce procédé, je n'ai jamais employé la kératotomy inférieure : Desmarres prétend qu'elle est plus facile. Dans ce cas, la contreponction faite, je saisis la conjonctive à la partie inférieure du globe, de façon

à le faire basculer en haut. Contre l'opinion de Desmarres, il m'a paru que l'incision scléro-conjonctivale n'était pas plus difficile à faire que l'incision cornéenne. La bride conjonctivale est élastique : en tirant dessus pour maintenir le globe en bas, on entrebâille la plaie suffisamment pour que le cristallin ne soit nullement gêné dans sa sortie. Je fais la toilette de la même façon tenant la plaie entrebâillée, ou introduisant, si c'est nécessaire, la spatule dans le champ pupillaire pour dégager un débris trop rebelle. Dès le lendemain, je dilate la pupille avec l'atropine, et la maintiens dilatée jusqu'à guérison complète.

Voici les avantages que Pansier trouve à la méthode sous-conjonctivale :

1° Occlusion exacte de la plaie qui est maintenue fixe comme dans la suture, et ne peut plus s'entrebâiller au bout de quelques heures : Une fois l'extraction faite, les lèvres de la plaie reprennent automatiquement leur place. Cet avantage est appréciable, dit Pansier, surtout dans les cataractes compliquées où l'issue du vitré est impossible à éviter, ou bien chez des malades dont l'indocilité expose à des accidents.

En voici deux exemples :

« J'opérai dernièrement un malade de 75 ans qui avait une cataracte capsulo-lenticulaire, avec adhérences, et un vitré ramolli. L'incision faite avec lambeau cornéen, je pratique une iridectomie large : à peine l'iris est-il sectionné que le vitré s'écoule par les lèvres de la plaie : j'introduis l'anse de Snellen dans l'œil, et retire le cristallin dans sa capsule : un flot de

vitré le suit ; je referme l'œil, et sans m'inquiéter de la plaie, je mets le pansement. Quarante-huit heures après, je découvre cet œil : les lèvres de la plaie s'étaient parfaitement coaptées, et la chambre antérieure était reformée. Le malade a guéri sans complications, avec une acuité aussi bonne que permettait de l'espérer l'état de sa rétine. Dans ce cas, après l'extraction, s'il avait fallu rouvrir les paupières pour s'assurer de ce qu'était devenu le lambeau cornéen, je crois que l'œil aurait achevé de se vider. Dans plusieurs cas analogues, où pour des causes différentes j'eus une issue du vitré, j'ai toujours refermé l'œil sans m'inquiéter de la plaie, certain que le lambeau conjonctival suffisait pour ramener à leur place et coapter les lèvres de l'incision cornéenne, et j'ai toujours eu une cicatrisation rapide. Avec l'incision ordinaire il faut s'assurer que la coaptation est faite et que le lambeau cornéen n'est renversé ni en dedans, ni en dehors, manœuvre délicate qui entraîne toujours une nouvelle perte du vitré.

Voici un autre exemple qui me permet d'apprécier les avantages de ce procédé : J'opérai en février un vigoureux gaillard, boucher de son état, qui me paraissait d'un naturel assez calme. L'incision faite avec lambeau conjonctival, au moment où avec la curette j'appuie sur la partie inférieure de la cornée pour faire sortir le cristallin, le malade pousse un cri et donne un tel coup de paupière que non seulement la cataracte, mais aussi l'écarteur me sautait littéralement à la figure : immédiatement hémorrhagie remplissant la

chambre antérieure. Après un moment d'occlusion, j'écarte les paupières : l'hémorrhagie venait de l'iris engagé ainsi que le vitré d'ailleurs dans les lèvres de la plaie : je résèque l'iris ainsi qu'une bulle de vitré qui faisait hernie par la portion interne de l'incision. Les suites furent des plus simples et l'acuité parfaite.

Dans ce cas, avec l'incision ordinaire, il est certain que l'œil était complètement vidé.

Le second avantage de cette méthode, c'est que, grâce à la présence du lambeau, la cicatrisation est plus rapide : je n'ai pas à craindre la rupture de la chambre antérieure sous un effort, une toux : aussi dès le cinquième jour je puis laisser l'œil découvert sans danger, ni inconvénient.

La coaptation assurée des lèvres de la plaie par cette suture naturelle présente encore un double avantage : la possibilité de laisser découvert l'œil non opéré, et la faculté de laisser les malades dans un fauteuil, et même libres d'aller dans leur chambre. Or tous les patients reconnaissent que la chose la plus désagréable n'est pas l'opération, mais l'occlusion double et le repos consécutif.

Enfin, si pour une cause ou une autre, l'extraction était gênée par la présence du lambeau conjonctival, l'opérateur a toujours la facilité de s'en débarrasser par un simple coup de ciseaux. Sur 60 malades, Pansier n'a dû sectionner qu'une seule fois la bride conjonctivale, c'était chez un vieillard sourd avec des yeux enfoncés dans l'orbite, et même après l'excision du lambeau conjonctival, l'extraction fut assez laborieuse.

Quant à la question de savoir si cette modification dans la forme de l'incision est susceptible de diminuer ou même de supprimer les hernies de l'iris, Pansier, étant très prodigue de l'iridectomie se trouve en mauvaise position pour présenter une statistique. Cependant sur 52 cas opérés sans iridectomie, il a eu une seule hernie, soit moins de 2 0/0. Or Kalt qui a opéré avec suture un grand nombre de cataractes accuse 5 0/0 de hernies de l'iris.

On a fait pas mal d'objections à ce procédé, dit Pansier. On lui a reproché de constituer une complication et d'être moins simple que l'extraction simple. Au point de vue chirurgical, je ne saisis pas trop la complication qu'apporte à l'opération la présence de la bride conjonctivale, et si j'étais le patient, il me semble que je préférerais de beaucoup un procédé moins incommode pour moi, me rendant la liberté et la sécurité de mes yeux en 48 heures, à un procédé me condamnant au repos, à l'immobilité, à l'incertitude pendant au moins cinq à six jours.

On a reproché encore au lambeau conjonctival d'être un obstacle à la coaptation de la plaie. Cette objection ne tient pas debout, le lambeau conjonctival assurant au contraire et maintenant automatiquement la coaptation des lèvres de l'incision cornéenne.

L'objection la plus sérieuse qui a été faite, c'est que la section de la conjonctive s'accompagne toujours d'un peu d'hémorrhagie. Dans bien des cas cette hémorrhagie est insignifiante et n'entrave nullement l'opération, mais chez certains sujets la chambre anté-

rière se remplit de sang et on ne voit plus ce qu'on fait. Dans ces cas, l'incision terminée, Pansier referme les paupières. Au bout de quelques minutes, il lave l'œil à l'eau froide, et par une douce pression fait sortir le sang de la chambre antérieure. Pansier est toujours arrivé ainsi à avoir un champ opératoire net et à pratiquer l'extraction sans encombre. Mais il est un moyen bien simple, selon lui, d'éviter cette complication, c'est l'installation préalable de quelques gouttes d'extrait de capsule surrénale dont Darier a indiqué les propriétés vaso-constrictives.

On a encore reproché la difficulté de tailler le lambeau, la gêne que la bride apporte à l'issue du cristallin. « Je crois, dit Pansier, que ne seront en droit de faire ce reproche que ceux qui n'auront pas essayé ce procédé ».

La seule modification apportée par Pansier depuis sa dernière publication (mars 1901) c'est qu'il panse ses opérés 12 heures après l'opération. Ses malades en éprouvent un soulagement notable, et il peut, si ce n'est déjà fait instiller l'atropine. Il a toujours trouvé a chambre antérieure reformée dix à douze heures après l'opération. Actuellement Pansier a opéré par ce procédé plus de 200 cataractes.

En résumé, la méthode sous-conjonctivale lui paraît présenter les avantages suivants :

1° Sécurité opératoire, rendant sans danger les issues du vitré, réduisant à son minimum les chances de hernie de l'iris.

2° Grande rapidité de cicatrisation de la plaie et par

conséquent, diminution notable des dangers d'infection.

3° Cette méthode apporte au patient moins de gêne, assure une guérison plus rapide que le procédé habituel.

**DE L'OPÉRATION DE LA CATARACTE
PAR LE PROCÉDÉ
A LAMBEAU CONJONCTIVAL ADHÉRENT
SES AVANTAGES SUR LA SUTURE DE LA CORNÉE**

Procédé de Vacher (d'Orléans).

Ce procédé, dit Vacher, que je voudrais appeler extraction sous-conjonctivale de la cataracte, car l'extraction du cristallin se fait véritablement sous un pont de conjonctive, consiste à ne pas terminer la section cornéenne dans le limbe scléro-cornéen, mais à dévier en arrière le plan de la lame pour la faire entamer la sclérotique et cheminer sous la conjonctive lorsque la section scléroticale est terminée.

On continue à détacher la conjonctive en s'éloignant de la cornée jusqu'au-delà de l'insertion du droit supérieur, en faisant ainsi une languette conjonctivale non interrompue qui a une longueur de dix millimètres environ.

On peut du reste modifier cette manière de faire, soit en sectionnant le pont conjonctival avant de tailler le lambeau cornéen, soit en variant sa longueur ou sa largeur, soit en libérant complètement le lambeau conjonctival à son extrémité avant de faire l'extraction du

cristallin, pour la refixer à la fin de l'opération par un petit point de suture. De quelque manière qu'on s'y prenne, le procédé consiste uniquement à conserver, à l'extrémité de la section cornéenne, une languette médiane de conjonctive, qui adhère en quelques heures après l'opération, rend très difficile la hernie de l'iris, ou la mauvaise coaptation des lèvres de la section cornéenne, et s'oppose absolument au renversement du lambeau cornéen.

Vacher fit par ce procédé ses premières opérations en avril 1899. « Après avoir été un des premiers, dit-il, à me servir de la suture de la cornée que j'avais dû abandonner parce que je la faisais mal, me servant d'un fil trop gros, j'y étais revenu en employant le procédé de Kalt ou celui de Lacompte ». C'est en cherchant à remplacer la suture de la cornée dont les résultats sont certainement très bons, mais qui lui paraît dans certains cas véritablement difficile, que Vacher est arrivé progressivement à ce procédé.

Dans la suture, la nécessité de protéger aseptiquement toutes les parties que pouvait toucher le fil, afin d'éviter tout danger d'infection par contact extérieur ; la difficulté de placer le fil avant la section cornéenne et de ne pas le couper pendant cette section, ou la difficulté non moins grande de le placer avant de terminer cette section, difficulté grandement augmentée quand le malade est indocile ou pusillanime, lui avaient fait rechercher, de toute manière, un autre moyen d'obtenir une coaptation rapide et sûre des lèvres de la section cornéenne. Dans les recherches de ce genre,

dit-il, c'est bien souvent le hasard qui nous sert le mieux. En effet, survint une opération dans laquelle je terminai la section trop périphériquement, et détachai un lambeau conjonctival qui pouvait avoir 5 millimètres de longueur. L'extraction fut simple, j'étalai de mon mieux cette languette conjonctivale et ramenai la paupière en avant, pour la fermer, en la soulevant afin de ne pas déplacer cette languette conjonctivale. Le résultat fut excellent; le lendemain, j'ouvris l'œil avec beaucoup de précaution, la languette était adhérente, bien en place, la chambre antérieure reformée, l'opéré n'avait éprouvé qu'une douleur insignifiante. Les suites furent parfaites, cette languette avait remplacé avec avantage la suture de la cornée que je devais faire (1^{re} obs.).

A mon opération suivante, je fis de propos délibéré cette languette; même résultat, mêmes suites. A partir de ce moment, je ne devais plus recourir à la suture de la cornée.

Au bout de quelques opérations dans lesquelles je sectionnais la languette conjonctivale pour faciliter l'extraction du cristallin, et la suturais ensuite, j'essayai de donner au lambeau plus de hauteur, sans détacher sa partie extrême. Bien m'en prit, car ce jour-là une contraction violente de la malade, au moment de la kystitomie, projeta le cristallin en avant de l'iris. Mais la bride conjonctivale ne permit pas un entrebâillement des lèvres de la cornée suffisant, pour l'issue du cristallin hors de l'œil.

L'iris se contracta sans qu'il se produisît d'issue du corps vitré, mon blépharostat était resté en place. Sans

l'existence du pont conjonctival, le cristallin aurait été projeté, sans aucun doute, en dehors de l'œil, suivi d'une grande partie du corps vitré. L'œil était fatalement perdu. Au contraire, les suites de cette opération furent très satisfaisantes (5^e obs.).

La leçon qui s'en dégageait ne fut pas perdue pour moi. A partir de ce moment, je ne sectionnai plus le pont conjonctival.

A chaque opération suivante, je me suis rendu compte des nombreux avantages qu'il présente. J'oubliais de dire que plusieurs fois il m'était arrivé de sectionner le lambeau pour faciliter l'issue du cristallin, puis de le suturer ensuite. C'était dans le commencement où je taillais trop court, d'où résultait une certaine difficulté à faire par dessous l'extraction de la lentille. Il m'arrive aussi de terminer la section de la cornée avec des ciseaux qui ménagent facilement le lambeau conjonctival.

Voici maintenant le manuel opératoire du procédé employé par Vacher :

1^o *Asepsie du champ opératoire.* — Savonnage du bord ciliaire, friction à la liqueur d'Hoffmann, au cyanure d'Hg. à 1/1000. Instillation de quelques gouttes d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 1/20, préparée au moment même, pour éviter les germes qui se développent en quelques jours dans les solutions de cocaïne les mieux préparées. Cinq minutes après, pose du blépharostat Vacher, irrigation sous-palpébrale avec une solution aseptique, irrigation des voies lacrymales à l'eau oxygénée.

2° *Fixation du globe.* — La fixation du globe peut s'obtenir avec plusieurs instruments : *a* avec la pince à fixation Vacher, qui se place directement en bas, le plus près possible de la cornée, à l'opposé de la section cornéenne, pour permettre une forte rotation du globe en bas, rotation qui facilite la taille du lambeau conjonctival ; *b* avec un crochet recourbé, à angle droit légèrement arrondi, qui s'enfonce au contraire dans le limbe scléro-cornéen supérieur, et sous lequel passe le couteau lorsqu'il termine la section cornéenne et taille le lambeau conjonctival.

Malgré la petite plaie cornéenne que fait ce crochet, son emploi ne semble pas avoir d'inconvénients. On tire à soi le lambeau à mesure qu'on le sectionne, et l'on juge très bien de la fin de la section de la sclérotique. Cette manière de faire paraît cependant plus délicate, plus difficile que l'emploi de la pince à fixation Vacher sans verrou.

3° *Section de la cornée.* — Section des $\frac{5}{12}$ de la cornée, c'est-à-dire que le point d'entrée et de sortie du couteau, dans le limbe scléro-cornéen, se trouve très légèrement au-dessus du diamètre horizontal passant par le centre pupillaire. Vacher pratique toujours la kératotomie supérieure. Les deux premiers tiers de la section suivent exactement le limbe scléro-cornéen.

Arrivé en cet endroit, au lieu de ramener le tranchant de la lame légèrement en avant, il faut au contraire, le diriger un peu en arrière pour entamer le tissu scléro-conjonctival. Puis par des mouvements de

va et vient, exécutés avec beaucoup de prudence et de légèreté pendant que la pince à fixation ou le crochet augmentent la rotation du globe en bas, on achève la section de la sclérotique. A ce moment, le lambeau cornéen est libre, il ne reste plus qu'à raser le globe pour détacher la languette conjonctivale jusqu'au-delà de l'insertion du tendon du droit supérieur.

4° *Ouverture de la capsule.* En taillant le lambeau conjonctival, on observe, dans la moitié des cas environ, une petite hémorrhagie insignifiante, qui ne gêne pas les temps ultérieurs de l'opération. Parfois cette hémorrhagie est assez abondante pour nécessiter une compression légère, avec un peu d'ouate stérilisée imbibée d'eau oxygénée. Il vaut mieux attendre quelques instants pour ne pas être gêné pour la kystitomie et l'extraction du cristallin.

Dès que le sang est arrêté, on fait la kystitomie sans enlever le blépharostat, car le pont conjonctival est assez solide pour ne pas exposer à la sortie brusque de la lentille si le malade fait une contraction involontaire. On peut faire la kystitomie avec la pointe du couteau, après la section cornéenne, avant la production de la petite hémorrhagie, mais il est plus prudent de ne la faire qu'une fois le lambeau conjonctival complètement taillé.

5° *Extraction de la lentille.* — Sans enlever le blépharostat qui facilite aussi l'extraction du cristallin, on introduit sous le pont conjonctival une spatule avec laquelle on exerce une pression périphériquement, jusqu'à ce que le cristallin forcé de basculer en

avant et en haut, soit venu dilater l'iris que Vacher ne sectionne jamais dans ce procédé. Cette bascule obtenue, en pressant à la partie inférieure de la cornée, sans interrompre la pression périphérique, on voit le cristallin entrebâiller lentement les lèvres de la cornée. Il est bientôt tout entier sous le pont conjonctival d'où rien n'est plus simple que de le déloger par une pression latérale du la curette.

6° *Nettoyage de la chambre antérieure.* — Il faut maintenant ôter le blépharostat ; faire de légères frictions de la périphérie au centre de la pupille pour y ramener toutes les masses contenues encore entre les deux feuillets de la cristalloïde, puis évacuer ces masses par massage ou avec la curette. Si cela est nécessaire, une légère irrigation de la chambre antérieure complète cette toilette si importante pour éviter les cataractes secondaires.

7° *Réduction de l'iris.* — Il est rare que l'iris fasse hernie après le nettoyage pupillaire. Si cela se produit, on l'étale avec grand soin avec la spatule, jusqu'à ce qu'on obtienne une pupille parfaitement ronde et bien centrale.

8° *Pansement.* — Après avoir enduit le bord ciliaire d'huile stérilisée, et instillé quelques gouttes d'ésérine, application du pansement Vacher, collodionné, qu'on renouvelle deux ou trois jours après. Le cinquième ou sixième jour, inutile de bander l'œil qui n'est recouvert que par un tissu noir flottant ou des lunettes fumées.

Examinons maintenant les avantages de ce procédé.

1° La bride conjonctivale empêche le renversement du lambeau cornéen, soit au moment de l'extraction, soit pendant la toilette, soit après, malgré les contractions violentes des paupières du malade le plus indocile.

2° Cette languette conjonctivale contracte en quelques heures des adhérences assez fortes pour s'opposer à une hernie de l'iris par suite de l'entrebâillement des lèvres de la plaie cornéenne.

3° La présence de cette bride conjonctivale s'oppose à l'infection du lambeau cornéen dans toute sa longueur, d'où plus de chances de sauver un œil atteint de suppuration partielle de ce lambeau. Vacher en donne un exemple frappant :

« Le mois dernier, dit-il, j'ai opéré de l'œil droit avec lambeau conjonctival adhérent, une vieille femme atteinte de catarrhe bronchique et de mauvais état général. Son œil gauche avait été opéré à Paris il y a plus de quinze ans, et, sans succès. J'avais pris toutes les précautions usitées en pareil cas : irrigation des culs-de-sac, des voies lacrymales avec de l'eau oxygénée, savonnage du bord ciliaire, etc... L'opération eut lieu sans incident, mais je trouvai le troisième jour le pansement plein de pus.

La malade ne souffrait presque pas de l'œil, mais avait la fièvre et une violente douleur à la nuque. L'examen de l'œil me montra un liseré jaunâtre des deux portions de la section cornéenne non protégées par le tissu conjonctival. Je donnai immédiatement un bain d'eau oxygénée à 10 volumes, qui fut répété tou-

tes les douze heures, et je fis des attouchements avec de la teinture d'iode, des compresses glacées, en même temps que de l'antipyrine, de la quinine, du chloral et du salol à l'intérieur. La lutte dura longtemps, la bride conjonctivale résista, l'œil fut sauvé ; et si vous voyiez cet œil aujourd'hui, vous ne vous douteriez pas dans quel état il s'est trouvé.

Dans quelques semaines, il sera nécessaire de faire une iridectomie ou une irido-capsulotomie, et la vision sera bonne, car l'inflammation n'a pas gagné les membranes profondes. Cet exemple, heureusement très rare, me paraît concluant : sans le pont conjonctival, j'aurais assisté à une panophtalmie, c'est certain » (9^e obs).

4^o L'adhérence du lambeau étant suffisante en quelques heures, on peut supprimer tout pansement dès le surlendemain de l'opération, sans crainte de voir le bord palpébral supérieur s'insinuer entre les lèvres de la plaie cornéenne, mais Vacher n'ôte le pansement qu'au bout de quatre jours.

5^o Il n'est pas nécessaire de fermer par un pansement l'œil non opéré, puisqu'on n'a pas à redouter les contractions iriennes de ce côté et que la chambre antérieure se reforme très vite. Il en résulte pour les opérés une grande satisfaction, et pour l'opérateur plus de sécurité avec moins de surveillance.

6^o L'astigmatisme post-opératoire paraît moins élevée. Vacher a constaté ce fait par comparaison, en mesurant à l'ophtalmomètre les yeux avant et dix jours après l'opération, et en comparant ces mesures avec des yeux opérés par d'autres procédés. Cependant, il

ne donne pas à cet avantage une grande importance, parce que l'astigmatisme post-opératoire diminue rapidement en quelques mois, parce qu'au bout de ce temps, les opérés préférant généralement des verres convexes, à des verres cylindriques, à moins d'une forte astigmatisme constatée avant l'extraction.

De ces principaux avantages, les deux plus importants sont 1° l'impossibilité du renversement du lambeau cornéen, ou son entrebâillement démesuré, qui permet de réduire au minimum les pertes de corps vitré, lorsque très rarement cet accident vient à se produire.

2° La suppression presque complète des hernies de l'iris, parce que la languette conjonctivale contracte en quelques heures des adhérences suffisantes pour s'opposer à l'entrebâillement de la plaie cornéenne. C'est sur cet avantage que Vacher appelle tout particulièrement l'attention.

« Au mois d'août dernier, dit-il, je communiquais au Congrès le résultat de 80 extractions sous-conjonctivales, sans une seule hernie de l'iris. Aujourd'hui je vous en apporte 120, sans avoir encore une seule hernie de l'iris à vous signaler. Il est possible que je trouve prochainement la série noire, mais si cela m'arrive, vous m'accorderez qu'elle a été lente à venir.

Comme ce procédé permet aux partisans de l'iridectomie de la faire sans aucune difficulté, et que l'iridectomie donne en moyenne un peu moins de hernies de l'iris que l'extraction sans iridectomie, il me paraît

difficile de contester à l'heure actuelle cet avantage à l'extraction sous-conjonctivale. »

Le point faible de cette méthode est l'hémorragie, Vacher n'a pas encore employé l'instillation préalable de quelques gouttes d'extrait de capsules surrénales, mais il n'a jamais observé d'hémorragie qui l'ait empêché de terminer correctement l'extraction.

La difficulté de l'opération paraît aussi très exagérée, car sur les conseils de Vacher, plusieurs médecins ont fait par ce procédé leurs premières extractions de cataractes sans la moindre complication.

Vacher conclut ainsi: après deux ans d'emploi, je puis dire que les objections qui ont été faites à ce procédé sont exagérées, qu'aucune d'elles ne mérite qu'on la mette en balance avec les avantages qu'il présente sur tous les autres procédés d'extraction et j'espère que les oculistes qui lui sont hostiles voudront bien en faire un essai sérieux avant de se prononcer.

OBSERVATIONS

1^o *Observations prises à la Clinique du D^r Panster.*

OBSERVATION I

Cataracte glaucomateuse, Hémorrhagie intra-oculaire.

M. L..., 65 ans, Tarascon.

Avait été opérée l'année précédente pour poussée glaucomateuse : iridectomie double.

12 février 1900. — Extraction de la cataracte de l'œil droit avec large lambeau conjonctival : l'opération se fait très simplement, mais pendant la toilette, violente douleur intra-oculaire : en même temps l'œil devient dur, et le vitré s'engage dans la plaie. Je referme immédiatement. Quelques minutes après, je constate un léger suintement sanguin. Le lendemain, au pansement, on constate que la plaie est soulevée par un caillot sanguin, recouvert déjà par la conjonctive. La cicatrisation de la plaie cornéenne met une huitaine de jours à s'effectuer, mais évidemment l'œil ne récupère aucune vision. Le seul avantage de la plaie conjonctivale en ce cas a été d'empêcher que sous l'influence de la pression de l'hémorrhagie l'œil ne se vide complètement, comme cela se serait produit avec l'incision ordinaire.

OBSERVATION II

Extraction de la cataracte avec issue du vitré.

M. P..., 63 ans. Cataracte simple. Opération sans iridectomie, avec incision à lambeau conjonctival étroit. L'opération et la toilette étaient terminées quand le malade donne un coup de paupière violent, qui amène une hernie du vitré entre les lèvres de la plaie. Résection de la partie du vitré faisant hernie, et pansement.

Le lendemain la chambre antérieure était réformée. Guérison sans incident.

OBSERVATION III

° Extraction avec issue du vitré.

M. R., 59 ans, boucher. Constitution robuste et pléthorique.

Opération le 17 avril 1899 par la méthode sous-conjonctivale avec large lambeau. Le malade étant assez éloigné d'Avignon, je lui fais une iridectomie d'emblée. Au moment où je vais procéder à l'extraction du cristallin, il fait un tel effort des paupières que l'écarteur et la cataracte sont projetés en l'air. Entr'ouvrant ensuite les paupières, je constate une légère perte du vitré. Je mets le pansement et ne revois le malade que le surlendemain. La plaie était parfaitement coaptée et la chambre antérieure reformée. La guérison s'est effectuée rapidement avec

vision de $\frac{4}{5}$. Dans ce cas, sans la bride conjonctivale il est évident que l'œil était complètement vidé.

OBSERVATION IV

Cataracte glaucomateuse. Extraction avec issue du vitré.

Le 26 mai 1901, j'opère de la cataracte un vieux glaucomateux déjà iridectomisé. L'œil est très enfoncé, le malade peu docile. Je ne puis faire l'incision à lambeau conjonctival, et suis obligé de sortir en pleine cornée. L'opération se fait sans incident, mais le lendemain au pansement, je trouve la cornée renversée au dehors avec le vitré faisant hernie. J'essaie vainement de remettre la cornée en place après avoir au préalable refoulé puis excisé le vitré. Le lambeau cornéen s'obstine à se renverser en dehors. Je suis obligé de le suturer. Le résultat a été pitoyable. J'ai un leucome occupant le tiers supérieur de la cornée, une vision presque nulle. Si chez ce sujet, j'avais pu faire le lambeau conjonctival, il est évident que tous ces accidents ne seraient pas arrivés. La cornée serait restée en place et j'aurais évité la suture de la cornée, peu commode à faire en pareil cas.

OBSERVATION V

Cataracte choroïdienne. Extraction. Issue du vitré.

Madame E..., 60 ans. Opération le 11 novembre 1899, pour une cataracte choroïdienne avec ramollissement du vitré. Extraction sous-conjonctivale avec iridectomie. Dès que le cristallin est sorti, le vitré liquéfié coule avec abon-

dance. J'enlève l'écarteur, et mets le pansement sans m'inquiéter de coapter la plaie. Le lendemain au pansement, je trouve la chambre antérieure reformée, et la plaie cornéenne en bonne voie de cicatrisation. Guérison sans incident, avec une bonne vision.

OBSERVATION VI

Cataracte. Issue du vitré.

Mme B..., 67 ans, est une neurasthénique aussi indocile que possible. Elle a une cataracte lenticulo-capsulaire. Je l'opère par une incision sous-conjonctivale le 21 février 1899. J'arrache un lambeau de la capsule avec la pince kystitome. La malade a été jusque-là assez tranquille, mais à partir de ce moment, je ne peux obtenir un moment d'immobilité de l'œil, et l'issue du cristallin est suivie d'une notable perte du vitré. Occlusion immédiate et guérison sans incident avec une vision de 2/3. Dans ce cas, avec l'incision ordinaire, je suis certain que j'aurais complètement vidé l'œil.

OBSERVATION VII

Cataracte. Extraction intra-capsulaire.

M... Ch., 70 ans, est atteint de cataracte capsulo-lenticulaire. Opération le 1^{er} juillet 1900 par incision à pont conjonctival large, avec iridectomie, sans kystitomie. Je passe ensuite l'anse de Snellen derrière le cristallin que je sors dans sa capsule sans perte du vitré. Résultat opératoire parfait et guérison sans incident.

OBSERVATION VIII

Cataracte sénile simple.

Mlle C., 61 ans. Opération le 8 mai 1901. Extraction sous-conjonctivale, sans iridectomie ; éserine. Pansement le soir à 4 heures. La chambre antérieure est reformée. La cicatrice conjonctivale paraît bien ressoudée. Atropine.

10 mai. — La pupille est dilatée. La cicatrice me paraît suffisamment solide pour laisser l'œil découvert.

OBSERVATION IX

Cataracte simple.

Mme D..., 87 ans. Est opérée avec iridectomie le 14 décembre. Le lendemain elle reprend les occupations de son ménage. L'œil est resté sous le pansement quatre jours en tout.

OBSERVATION X

Cataracte simple.

M. R..., 59 ans. Cataracte double. L'œil gauche est opéré le 6 novembre avec une petite iridectomie.

Le 10 novembre. — La cicatrisation étant complète, nous laissons l'œil découvert. Le surlendemain le patient retournait chez lui, se servant de cet œil pour se conduire. Sa vision avec verres était alors de $\frac{3}{5}$.

OBSERVATION XI

Cataracte simple.

M. R..., 66 ans. Cataracte double. Opération sans iridectomie de l'œil droit avec large pont conjonctival le 7 juillet 1900. Le 12 juillet le malade sortait avec son œil sous simples lunettes fumées. Le 14 juillet, il me raconte qu'il est allé voir le feu d'artifice, et qu'il l'a parfaitement vu.

OBSERVATION XII

Cataracte simple. Extraction.

M. B..., 59 ans. Cataracte complète OG. Début OD.

21 avril 1900. Extraction sous-conjonctivale avec iridectomie. Une demi-heure après l'opération, le malade, épiciier, de son état descend à son magasin où il a continué à servir sa clientèle comme si rien n'était. Guérison sans complications.

2^o Observations prises à la clinique du docteur Vacher.

Les observations suivantes ont été choisies parmi les 125 que le Docteur Vacher a faites à l'heure actuelle par le procédé à pont kérato-conjonctival. Elles sont très résumées et ne relatent que les particularités qui intéressent la question qui nous occupe.

Comme tous les opérés du Dr Vacher doivent arriver à sa clinique au moins la veille de l'opération, pour que

l'œil soit soumis au traitement préparatoire, et recouvert du pansement témoin, il ne sera pas question dans les observations de cette préparation de l'œil. Nous renvoyons pour tous ces détails au chapitre de notre travail qui traite du mode opératoire du docteur Vacher. Il en sera de même pour le pansement post-opératoire, et pour les pansements qui suivent.

OBSERVATION I

D. M..., 63 ans, charretier.

Entré à la clinique le 17 avril 1899.

Diagnostic. — OG. Sclérose complète du cristallin.

OD. Sclérose au début.

Voies lacrymales saines. Conjonctives sans sécrétions purulentes.

Le 18 avril 1899. — Le pansement témoin enlevé, on constate qu'il ne porte aucune trace de sécrétion. Comme le docteur Vacher avait eu de la difficulté à faire la suture de la cornée dans plusieurs opérations précédentes, il se proposait d'employer son procédé qui consiste après la section cornéenne à faire dans la chambre antérieure et d'un seul coup de ciseaux à branches pointues, l'ouverture de la capsule, et une petite iridectomie centrale.

L'emplacement de la section cornéenne se trouva très périphérique, et au lieu de se terminer dans le limbe scléro-cornéen, empiéta de plusieurs millimètres dans la conjonctive. Il en résulte que le couteau après avoir sectionné le limbe, chemina sous la conjonctive, et finit par

sectionner un lambeau conjonctival qui pouvait bien avoir 5 ou 6 millimètres de hauteur. L'extraction fut simple. Le nettoyage pupillaire terminé, la languette conjonctivale fut étalée le mieux possible, et les paupières refermées avec beaucoup de précautions, afin de ne pas déplacer le lambeau conjonctival. Le résultat fut excellent. Le lendemain, la languette fut trouvée adhérente, bien en place, la chambre antérieure reformée. Les suites furent parfaites. La languette conjonctivale avait avantageusement remplacé la suture conjonctivale.

Le malade quittait la clinique le 28 avril dix jours après son opération.

OBSERVATION II

M. R..., docteur en médecine 69 ans.

Entré à la clinique le 23 avril 1899.

Diagnostic. — OD. Sclérose complète du cristallin.

OG. Début de sclérose.

Diabète, mais état général satisfaisant.

Le 18 avril 1899. — Opération de l'œil droit après l'enlèvement du pansement témoin absolument sec.

L'opération précédente s'étant très bien terminée, le Dr Vacher, de propos délibéré, termine la section dans la conjonctive, puis après nettoyage complet de la chambre antérieure, fixe la languette conjonctivale par un point de suture.

Résultats excellents. Le pansement est renouvelé le lendemain. Suture et lambeau sont bien en place. La chambre

antérieure est reformée. Pas de sécrétions purulentes, pas de douleurs.

Comme l'opéré est diabétique, les pansements sont renouvelés chaque jour. L'œil gauche n'est couverte d'un bandeau que pendant 48 heures. Tout pansement est supprimé le cinquième jour. Le malade quitte la clinique le onzième jour absolument enchanté.

A partir de cette époque, le Dr Vacher ne pratique plus la suture de la cornée.

OBSERVATION III

B. D..., 61 ans. Meunier.

Diagnostic. — OD. Sclérose complète.

OG. Début.

Entré à la clinique le 28 avril 1899.

Opération le 29, par lambeau conjonctival sectionné pour le passage de la lentille. Suture ensuite.

Cette extraction ne donne lieu à aucun accident. Cependant à un moment donné, le malade fait une contraction involontaire des paupières, le blépharostat étant en place, pas assez forte cependant pour amener la rupture de la zonule. L'opération s'achève sans autre alerte et dès le lendemain la chambre antérieure est reformée. Comme cet homme était un peu alcoolique, l'œil non opéré n'est pas couvert.

Les suites sont aussi satisfaisantes que possible, et le malade quitte la clinique au bout de dix jours.

OBSERVATION IV

Femme C. C..., 64 ans.

Diagnostic. — Sclérose complète des deux cristallins.

Entrée à la clinique le 4 mai 1899.

Le 5 mai. — Opération de l'œil gauche. Large lambeau conjonctival prolongé très haut. Une légère hémorrhagie rend assez difficile l'extraction de la lentille. Elle cède à quelques minutes de compression, et le nettoyage pupillaire est nettoyé sans encombre. Un point de suture est encore placé sur le lambeau conjonctival, qui rétablit le pont.

Les suites sont parfaites et l'opérée quitte la clinique le 16 mai.

OBSERVATION V

Cette observation offre un grand intérêt, car c'est la première fois que le Dr Vacher se décide à faire un pont conjonctival, sans sectionner la conjonctive, et à faire l'extraction sous ce pont.

Mme D..., 75 ans.

Diagnostic. — O D. Sclérose complète.

— O G. Compte encore les doigts à bout de bras.

Entre à la clinique le 4 mai 1899.

Opération le 5 mai. — De propos délibéré, dit Vacher, je fis la section du lambeau conjonctival en respectant son extrémité. Bien m'en prit, car une contraction violente

de la malade au moment de la kystitomie, projetait le cristallin en avant de l'iris. Mais fort heureusement la bride conjonctivale ne permit pas un entrebâillement des lèvres de la cornée suffisant pour l'issue du cristallin en dehors de l'œil. L'iris se contracta en arrière du cristallin, sans qu'il se produisît d'issue du corps vitré. Mon blépharostat était resté en place. Sans l'existence du pont conjonctival, le cristallin aurait été projeté, sans aucun doute, en dehors de l'œil, suivi d'une grande partie du corps vitré : l'œil était fatalement perdu. Au contraire les suites de l'opération furent très satisfaisantes. Mais de cet accident grave évité résultait pour moi un précieux enseignement. Avec le pont conjonctival les contractions involontaires et violentes des malades n'étaient plus à redouter.

La malade guérie quitte ma clinique le 17 mai 1899.

OBSERVATION VI

Femme Ch... G..., 76 ans.

Sclérose complète des deux cristallins.

Entrée à la clinique le 16 mai 1899.

Opération à gauche le 17 mai. La malade est nerveuse, indocile. Grande difficulté à lui faire regarder en bas. Malgré cela le pont conjonctival est régulièrement taillé. Il ne saigne pas. La kystitomie et l'extraction ont lieu sans accident, mais l'iris rentre avec peine. Instillation d'ésérine dans la chambre antérieure. Suites parfaites. Pas de hernie de l'iris. Chambre antérieure reformée le lendemain.

Départ de l'opérée le 27 mai.

OBSERVATION VII

Mme M... L., 71 ans.

J'ai opéré l'œil gauche de cette femme il y a quatre ans, dit Vacher. Elle revient pour le droit complètement cataracté.

Entrée à ma clinique le 24 mai 1899, je l'opère le lendemain avec un pont conjonctival, en lui demandant de bien me dire ensuite, si ses souvenirs sont assez précis, si elle trouve une différence entre les deux opérations.

L'opération a lieu sans aucun accident. Le lambeau conjonctival est large, bien médian. La lentille par une simple pression périphérique s'engage facilement et totalement sous le lambeau d'où je l'extrais par une pression latérale de la curette.

Après nettoyage complet. pansement sur l'œil opéré seulement.

Suites parfaites. La malade est ravie de ne pas avoir eu son bon œil bandé et presque pas de douleur post-opératoire.

Le quatrième jour, plus de pansement.

Départ le 3 juin.

OBSERVATION VIII

M. F. S..., 72 ans.

Diagnostic OG. sclérose complète.

— OD sclérose incomplète.

Entrée à la clinique le 12 juin 1899.

Le lendemain, opération à gauche. Large pont conjonctival. Peu de sang : il ne gêne en rien le manuel opératoire. Suites simples, mais conjonctivite le huitième jour, ce qui n'empêche pas le malade de quitter la clinique le 23 juin avec une pupille absolument noire.

OBSERVATION IX

Femme D. L., 72 ans.

Sclérose complète du cristallin droit. Perte de l'autre œil par opération antérieure, il y a plus de dix ans à Paris.

Comme cette malheureuse n'a plus que cet œil et que la première opération n'a pas donné de bons résultats, les précautions les plus complètes sont prises : irrigation des culs-de-sac et des voies lacrymales à l'eau oxygénée. Savonnage et aseptie des bords ciliaires et pansement témoin.

Le lendemain l'opération a lieu, car le pansement témoin ne révèle qu'une très légère sécrétion. Les deux premiers jours tout va bien. Mais le troisième jour, le pansement est plein de pus. L'œil n'est pas douloureux, mais la malade a de la fièvre et éprouve une forte douleur à la nuque.

L'examen de l'œil montre un fin liseré jaunâtre des deux portions de la section cornéenne non protégées par le tissu conjonctival. Bain d'eau oxygénée qui est répété toutes les 12 heures. Attouchements avec de la teinture d'iode et instillation dans les culs-de-sacs de poudre d'io-

doformer en suspension dans de l'eau stérilisée. Des compresses glacées sont maintenues en permanence sur le globe, en même temps qu'à l'intérieur on lui administre quinine, antipyrine, chloral et salol.

La lutte dura plus de huit jours. La bride conjonctivale résista ; le chémosis fut léger, et la sécrétion purulente ne tarda pas à diminuer pour cesser complètement.

L'œil fut sauvé, mais quelques mois plus tard, le Dr Vacher dut faire une iridectomie. Le résultat définitif a été satisfaisant. Il est certain que la guérison de cet œil est due à la portion centrale du lambeau kérato-conjonctival. Sans lui, dit Vacher, toute la plaie cornéenne eût été envahie dès le début et j'aurais assisté, à l'évolution fatale d'une panophtalmie. Cette observation me paraît concluante à cet égard.

OBSERVATION X

M. A..., 20 ans.

Diagnostic : sclérose des deux cristallins. Ni albuminurie, ni diabète. Impossible de trouver la cause de ces cataractes précoces. Santé générale bonne. Pas d'antécédents du côté des parents.

Entré à la Clinique le 4 octobre 1899.

Préparation ordinaire le 5. Extraction à droite avec pont conjonctival étroit. Section des 4/12 de la cornée, seulement, à cause de la jeunesse du sujet. Noyau petit. Toutes les masses sont enlevées à la curette. La pupille est absolument noire et bien centrale. Pas de sang après la section du lambeau. Suites parfaites.

OBSERVATION XI

En présence de la marche de la première opération de l'œil gauche cinq jours après, le 10 octobre, de la même manière, la taille du pont conjonctival, l'extraction de la lentille et des masses ont lieu sans aucune difficulté. La pupille est noire, ronde et bien centrale. Mêmes suites que pour l'œil droit. Le malade quitte la clinique le 19 octobre guéri des deux yeux, sans avoir présenté les moindres phénomènes inflammatoires. Les pupilles sont mobiles. La vision atteint déjà 0,5. M. Vacher a donc pu, grâce au pont conjonctival, opérer deux yeux à cinq jours d'intervalle, ce qu'il n'aurait pas fait à moins de huit jours d'intervalle avec les autres procédés. De plus, il n'a pas caché le premier œil opéré sous un bandeau au moment de la seconde opération. Les confrères qui assistaient à ces deux opérations assuraient qu'au simple coup d'œil le pont conjonctival donnait une grande sécurité et permettait une toilette parfaite avec la curette introduite dans la chambre antérieure, sans ôter le blépharostat.

OBSERVATION XII

R. D..., 74 ans.

Diagnostic O D. Sclérose complète.

O G. Début.

Entré le 10 octobre 1899. Pansement témoin après aseptie minutieuse du bord ciliaire atteint de légère irritation. Le lendemain, sécrétion presque nulle.

Opération. — Le malade très indocile ne peut regarder en bas. La fixation du globe et sa rotation inférieure produisent une déchirure inférieure de la conjonctive. Fixation du globe avec un harpon supérieur sous lequel passe le couteau, pour la taille du pont kérato-conjonctiva l. Contractions presque continuelles du malade qui cependant n'éprouve aucune souffrance. Après la kystitomie, par suite des contractions du malade, une simple pression périphérique sous le pont produit la sortie complète de la lentille. Nettoyage difficile. L'iris rentre de lui-même. Tout se termine sans issue de vitré. Les suites sont parfaites et le malade part le 19 octobre, soit dix jours après son opération, conservant encore quelques masses qui se dissoudront rapidement.

Revu le 6 novembre. — Pupille noire, mobile, centrale. $V = 0,6$ avec + 11 diopthies.

Cette observation plaide beaucoup en faveur du pont conjonctival. Malgré l'habitude que j'ai de l'opération de la cataracte que j'ai faite près de 1600 fois à l'heure actuelle, dit Vacher, je ne crains pas d'affirmer qu'avec l'indocilité de ce malade, je n'aurai pu par la kératotomie ordinaire, terminer l'opération sans perte de corps vitré. Certainement en chloroformant le malade, l'extraction ordinaire eut été possible, mais à cet âge, des accidents généraux graves se seraient peut-être produits, et le pont conjonctival m'a donné toute sécurité.

OBSERVATION XIII

Mlle M. A..., 62 ans.

Diagnostic. — Sclérose des cristallins, complète à droite.

Opération le 19 octobre 1899, en présence du Dr Louis Dor de Lyon.

La taille du lambeau se fait sans aucune difficulté. Il s'écoule un peu de sang dans la chambre antérieure ; ceci ne gêne pas les temps ultérieurs de l'opération. Extraction par pression périphérique seule, sous le pont conjonctival. Toilette facile. Pupille noire. Le Dr Louis Dor déclare à la fin de l'opération qu'il a été très intéressé par ce manuel opératoire nouveau pour lui, et qu'à la simple inspection il ne doit pas être bien difficile de tailler un bon lambeau et de faire l'extraction. A son avis, le sang pourrait gêner pour la toilette finale de la chambre antérieure. Les suites ont été parfaites. Le 28 au matin l'opérée quittait la clinique avec une mobilité parfaite de l'iris et la pupille noire.

OBSERVATION XIV

Femme F. P..., 59 ans.

Diagnostic. — OG. Sclérose complète du cristallin.

OD. Début.

Entrée le même jour que la précédente, et opérée de même en présence du Dr Louis Dor, avec pont conjonctival.

La section du lambeau ne donne pas de sang. Après large kystitome, la pression périphérique fait engager le

cristallin sous le pont conjonctival et sa sortie est facilitée par une pression inférieure avec la curette, sans interrompre la pression périphérique.

La fin de l'opération a lieu rapidement et sans incident. Les suites en sont particulièrement heureuses. Six jours après, l'opérée quitte la clinique. Au mois de février 1900, elle avait $V = 0,7$ avec $+ 11$ dioptries.

OBSERVATION XV

Femme R. D. 66 ans.

Diagnostic OB. Sclérose complète.

— OB. Début.

Je cite cette observation parce que l'indocilité de la malade a rendu le manuel opératoire très difficile. Cependant grâce au point conjonctival l'extraction du cristallin a eu lieu sans perte du vitré, sans contusion forte de l'iris.

Opérée le 26 octobre 1899. — Cette femme quittait la clinique le 4 décembre avec un iris mobile une pupille ronde centrale parfaitement noire. Suites absolument parfaites. $V. = 0,9$ avec $+ 11$ dioptries.

Cette personne était atteinte d'affection cardiaque.

La narcose était contre-indiquée. Vacher se demande comment il aurait fini cette extraction sans le pont conjonctival.

OBSERVATION XVI

CC. 70 ans. Entré le 8 janvier 1900.

Diagnostic. — Sclérose des deux cristallins.

Le 9 janvier. — Extraction à droite avec pont conjonctival.

Cette observation mérite d'être relatée, parce qu'au

moment du nettoyage pupillaire, voulant saisir avec une pince à mors plat une petite opacité adhérente, Vacher fit une déchirure de la capsule postérieure. Mais grâce au pont conjonctival qui maintenait les lèvres de la plaie cornéenne, le vitré vint entrebailler ces lèvres, mais ne se répandit pas au dehors. Les suites du reste furent aussi satisfaisantes. L'opéré partait le 19 janvier avec une acuité de 0,9 grâce à l'absence de cristalloïde du centre pupillaire. Si je n'avais pas eu le pont conjonctival, dit Vacher, j'aurais laissé l'opacité en place pour ne pas m'exposer à une brusque perte du vitré.

Il en aurait résulté une cataracte de coudane centrale qui aurait nécessité une discision quelques mois plus tard. Grâce à la bride conjonctivale, j'ai évité cette seconde opération, et le succès a été complet.

OBSERVATION XVII

C. G..., 70 ans. Entré le 12 janvier 1900.

Diagnostic. — Sclérose des deux cristallins, complète à gauche.

Opération, le 13, après les précautions habituelles ; malade peu docile. Contraction violente des paupières. Grande difficulté de regarder en bas. Taille du lambeau difficile. Beaucoup de sang. L'hémorrhagie est traitée par un bain d'eau oxygénée et une légère compression. Attente. Au bout de quelques minutes kystitomie et extraction de la lentille. Pendant la toilette, petite hernie du vitré. Malgré cela, le blépharostat reste en place jusqu'à la fin de l'opération et les suites sont bonnes. L'opéré quitte la

clinique le 23 janvier complètement guéri. Le sang est absolument résorbé. La pupille est noire, mobile, bien centrale.

Malgré le léger écoulement de vitré, je cite cette opération qui vient à l'appui de ma thèse que les accidents opératoires sont moins sérieux grâce à la bride conjonctivale.

OBSERVATION XVIII

R. D..., 59 ans.

Cet homme a déjà eu l'œil gauche opéré de la cataracte à Paris. Il se rappelle très bien les différentes phases de son opération. Il vient consulter parce que l'œil opéré à Paris est atteint de cataracte secondaire, et que le droit ne lui permet plus de travailler.

Comme Vacher est partisan d'opérer les cataractes dès que le malade ne voit plus à compter ses doigts au bout de son bras, il l'engage à se faire opérer l'œil droit, bien qu'il soit possible de lui rendre la vue du côté gauche par une simple discision.

L'opération à droite a lieu sans incident le 16 janvier. Section du pont facile. Le malade est très raisonnable. L'extraction et la toilette se font sans aucune difficulté. Pansement collodionné sur l'œil opéré seulement. Le malade déclare le lendemain qu'il a moins souffert que pour la première opération. Il est enchanté d'avoir un œil découvert et pas de bandes autour de la tête. Suites normales. Départ le dixième jour.

OBSERVATION XIX

Mme B... D..., 74 ans. Entrée le 17 janvier 1900.

Diagnostic. — Sclérose des deux cristallins, complète à gauche.

Opération le 18 janvier. — Très grande indocilité de la malade. Contractions violentes et répétées des paupières, malgré beaucoup de bonne volonté. L'opération s'achève sans aucune complication. Plusieurs médecins étaient présents. Ils ont été unanimes à déclarer que sans la bride conjonctivale, il y aurait une forte perte du vitré, peut-être même la perte de l'œil, suites normales. Départ le 28 janvier.

OBSERVATION XX

D..., P. 57 ans. Entre le 17 mai 1900.

Diagnostic. — Sclérose des cristallins complète à gauche. Précautions ordinaires. Pansement témoin aseptique complète.

Opération le 18. — Le pansement témoin est assez légèrement teinté. Les paupières non agglutinées. Les voies lacrymales libres. Rien d'anormal pendant l'opération. Cependant, le lendemain le malade se plaint d'une légère cuisson. Enlèvement du pansement qui est souillé d'un peu de suppuration. Examen de la plaie cornéenne qui révèle un petit liseré jaunâtre d'une partie du lambeau. Bain d'eau oxygénée. Cautérisation à la teinture d'iode. Installation d'iodoforme en suspension et compres-

ses de sublimé. Le pont conjonctival résiste. La suppuration diminue au bout de quelques jours et le malade guérit.

Il quitte la clinique le 9 juin, voyant déjà les gros caractères.

Cette observation est une nouvelle preuve qu'il ne faut pas opérer un œil lorsque le pansement témoin indique une légère sécrétion anormale, avant de lui avoir fait subir un traitement pendant quelques jours. Elle prouve ensuite que le pont conjonctival central ne permet pas l'infection de toute la longueur du lambeau cornéen et qu'il permet dans ces cas de sauver l'œil de la panophtalmie.

Vacher ajoute en terminant un argument *ad hominem*. Si j'étais atteint de la cataracte, dit-il, je voudrais être opéré par le procédé à pont kérato-conjonctival que je regarde comme le plus prudent de tous ceux qui existent. Afin de faciliter la toilette de l'œil, je ne serais pas opposé à ce qu'on me fit une légère iridectomie en bombe, bien que je l'emploie rarement avec le procédé à pont.

CONCLUSIONS

L'opération de la cataracte est une de celles qui rendent le plus de services à l'humanité. Par conséquent le devoir des médecins qui s'occupent des maladies des organes de la vision est de rechercher et d'employer le procédé qui leur assure le plus de réussites dans l'extraction du cristallin, et un procédé à la portée de tous les opérateurs.

A l'heure actuelle, trois restent en présence :

1° L'extraction simple de Daviel.

2° L'extraction combinée de de Graef.

3° L'extraction sous-conjonctivale de Desmarres.

Les deux premiers procédés, malgré la rapidité de leur exécution offrent moins de garantie de réussite que celui de Desmarres. En effet ils n'empêchent pas le renversement du lambeau, les hernies de l'iris. Ils sont moins faciles à exécuter pour les débutants, parce qu'ils exposent aux pertes du vitré en cas de contractions involontaires violentes des paupières, et qu'ils obligent à enlever le blépharostat.

Pour ces raisons nous croyons que le procédé de Desmarres reviendra d'un usage courant. Nous ne parlerons pas de la suture de la cornée, proclamée inutile par la plupart, très difficile par un certain nombre,

abandonnée par presque tous, procédé que le pont conjonctival remplace avantageusement.

Voici donc nos conclusions qui sont celles de Pansier et de Vacher.

1° Impossibilité du renversement du lambeau.

2° Adhérence rapide de la languette conjonctivale, formant une sorte de pont élastique. D'où coaptation parfaite des lèvres de la plaie et suppression presque totale des hernies de l'iris.

3° Diminution très notable des dangers d'infection de l'œil, un tiers de la cornée restant adhérent à la conjonctive, à l'abri de l'infection.

4° Suppression très rapide du pansement de l'œil opéré, et inutilité du pansement de l'œil sain.

5° Pertes du vitré réduites au minimum, comme nombre, quantité et gravité, le pont kérato-conjonctival formant une barrière très efficace.

6° Grande sécurité pour l'opérateur qui peut toujours se passer d'aide. Le pont kérato-conjonctival est pour lui et pour le patient un véritable pont de sûreté.

7° Hémorrhagie très rarement sérieuse, et soit que l'on emploie l'extrait de capsules surrénales, comme Pansier, soit l'eau oxygénée et la compression comme Vacher, on peut se rendre toujours et très vite maître de cette hémorrhagie qui n'est nullement un obstacle à la parfaite et rapide terminaison de l'opération.

8° Exécution au moins aussi facile que l'extraction simple.

Il faut donc, avec le D^r Pansier, répéter le vers d'Horace.

Multa renascentur quae jam cecidere

et redonner une place d'honneur au procédé d'extrac-
tion sous-conjonctivale de Desmarres.

Ce sera une justice à rendre à l'un des maîtres les
plus remarquables de l'école Française, tout en accor-
dant aussi à MM. Pansier et Vacher le grand mérite
d'avoir chacun de leur côté réinventé ce procédé tom-
bé dans l'oubli, et de l'avoir présenté dans de telles
conditions aux ophtalmologistes que les avantages qu'il
a réalisés dans plus de 350 opérations ne peuvent
manquer de le faire entrer définitivement dans la pra-
que journalière des opérateurs.

Vu : Le Président de la Thèse
TILLAUX

Vu ; Le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
TILLAUX.

BIBLIOGRAPHIE

- Wenzel fils.** — Manuel de l'oculiste (Paris, 1808).
- Desmarres.** — Traité des maladies des yeux (2^e éd., 1858).
- Guthrie.** — On the certainty and safety with wich the operation of the extraction of the cataract from the human eye (London, 1834).
- Carron du Villars.** — Guide pratique des maladies des yeux (1838).
- Desmarres fils.** — Leçons cliniques sur la chirurgie oculaire (Paris, 1874).
- Gioppi.** — Sulle ultime ricerche di Tavignot intorno alla cura melia della cataratta et proposta di un nuovo metodo di cura chirurgica (Giornale d'oft. ital., 1869, f. XII).
- Stoeber.** — Description d'un procédé quasi-linéaire, précédé d'une revue hitorique (Paris, 1877).
- Pansier.** — L'extraction sous-conjonctivale de la cataracte.
- Annales d'oculistique (oct. 1899).
 - Annales d'oculistique (mars 1901)
- Vacher.** — Communication à la Société de médecine du Loiret (18 oct. 1899).

Vacher. — De l'opération de la cataracte par le procédé à lambeau conjonctival adhérent. Ses avantages sur la suture de la cornée (Société d'ophtalmologie, de Paris; août 1899).

- Communication au Congrès de Paris, août 1900
- Communication à la Société française d'ophtalmologie (mai 1901).

